Eerste Kamer der Staten-Generaal

1

Vergaderjaar 2014–2015

32 402 Regels ter bevordering van de kwaliteit van zorg en de behandeling van klachten en geschillen in de zorg (Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg)

M

NADERE MEMORIE VAN ANTWOORD

Ontvangen 27 maart 2015

Inleiding

Alvorens ik de door de leden van uw Kamer gestelde vragen beantwoord, reageer ik graag eerst op hoofdlijnen.
Met het voorstel voor de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) beoogt de regering de kwaliteit van zorg te vergroten door meer openheid over en leren van incidenten en klachten. Daarnaast wordt de positie van de cliënt versterkt. Daarmee past dit voorstel van wet binnen de visie van de regering dat kwaliteit moet lonen. Vele zorgaanbieders werken al op de door de regering voorgestane manier, zo bleek ook uit werkbezoeken, zoals ik in de memorie van antwoord heb toegelicht[1]. Het door de regering voorgestane beleid sluit daarop goed aan. Uiteraard gaven deze werkbezoeken geen representatief beeld en zijn er daarnaast ook zorgaanbieders die nog niet op de door de regering voorgestane wijze handelen. Om ook de achterblijvers in de goede richting te bewegen heeft de regering gekozen voor dit wetsvoorstel.

De extra regeldruk door dit wetsvoorstel blijft zeer beperkt: € 20 á 30 per zorgaanbieder per jaar. De regeldruktoets geeft een stabiel en robuust beeld van de te verwachten regeldruk ten gevolge van de Wkkgz, want alle argumenten van ondermeer de kleinschalige zorgaanbieders en Actal zijn daarin meegenomen.
Een aantal zorgaanbieders gaf aan dat hun interne klachtencommissie goed functioneert en dat zij deze klachtencommissie willen behouden, ondanks dat deze op grond van de Wkkgz niet meer verplicht is. Die keuze is hun goed recht. Belangrijk is de vraag waarop het oordeel is gebaseerd dat de klachtencommissie goed functioneert. Uit het vele onderzoek naar klachtencommissies, waarnaar ik verwijs in de memorie van antwoord[2], blijkt duidelijk dat klachtencommissies vaak niet brengen wat cliënten van een behandeling van een klacht verwachten, zoals directe aandacht voor de klacht en een gesprek, erkenning door de zorgaanbieder dat er iets mis is gegaan, eventueel excuses en vernemen wat de zorgaanbieder ervan

[1] 32 402, I, p. 6.
[2] 32 402, I, p. 2 en 3.

kst-32402-M
ISSN 0921 - 7371
's-Gravenhage 2015

heeft geleerd zodat anderen niet hetzelfde overkomt. Het accent van een klachtencommissie ligt in de praktijk vooral bij de vraag of een klacht gegrond is of niet. Ik ben er ook van overtuigd dat zorgaanbieders die openheid over en leren van incidenten en klachten omarmen, uiteindelijk nauwelijks klachten zullen hebben die bij een klachtencommissie belanden, omdat deze al in een vroeg stadium, in samenspraak met de cliënt, zijn opgelost.
Naast het hierboven aangehaalde onderzoek weet de regering zich gesteund door meldingen bij het Landelijk Meldpunt Zorg, werkbezoeken en persoonlijke ervaringen van klachtenfunctionarissen en cliënten. Het is de verantwoordelijkheid van de regering om naast de belangen van zorgaanbieders nadrukkelijk ook die van cliënten mee te wegen. Met deze wet neemt de regering de signalen van cliënten serieus. Uit de reactie die cliëntenorganisaties aan uw Kamer gestuurd hebben over de Wkkgz, blijkt dat zij positief zijn over de Wkkgz.
In het implementatietraject voor de Wkkgz, dat ik zal starten indien de Wkkgz door uw Kamer is aanvaard, zal ik nadrukkelijk aandacht besteden aan de punten die de zorgaanbieders naar voren hebben gebracht.

Onderhavig wetsvoorstel is vooral van belang voor:
- het de-escaleren en dejuridiseren bij klachten van cliënten;
- het aanpakken van excessen in de cosmetische sector;
- het zo veel mogelijk voorkomen dat zorgverleners die wegens ernstig disfunctioneren zijn ontslagen, zomaar elders weer aan de slag gaan;
- de aanscherping van de kwaliteitseisen die nodig zijn om kwalitatief slechte of ondoelmatige zorg te weren en aan te pakken;
- de positie van zzp'ers in de zorg.

Bij de beantwoording van de door u gestelde vragen is de volgorde van het nader verslag van uw Kamer aangehouden. Daar waar mogelijk zijn de vragen gebundeld beantwoord, wat is aangegeven in de beantwoording. Als eerste volgt een gebundelde beantwoording van vragen over de thema's:
– regeldruk en de positie van kleinschalige zorgaanbieders
– relatie Wkkgz met Wetsvoorstel verplichte GGZ en Wetsvoorstel zorg en dwang
– verwachte stijging aantal claims

In deze bijdrage wordt ten behoeve van de leesbaarheid het begrip «klachtenfunctionaris» gehanteerd. Hiermee wordt geduid op de functionaris, bedoeld in artikel 15, eerste lid Wkkgz. In de praktijk worden verschillende namen voor deze functionaris gebruikt.

Regeldruk en de positie van kleinschalige zorgaanbieders

Onder verwijzing naar brieven van brancheorganisaties hebben de leden van de fracties van de VVD, CDA, SP en D66 vragen gesteld over de regeldruk verbonden aan de Wkkgz. Vooral over de regeldruk voor de kleine zorgaanbieders werden vragen gesteld.

De vragen van deze leden hebben onder verwijzing naar de brieven van de brancheorganisaties onder andere betrekking op de wijze van berekenen van de administratieve lasten en de positie van kleine zorgaanbieders in de eerste lijn. In onderstaande passage geeft de regering haar reactie op de vragen van deze leden en wordt tevens ingegaan op de brieven van de brancheorganisaties. In hun brieven geven de belangenorganisaties onder meer aan dat zij vrezen dat het aanstellen van een klachtenfunctionaris, het aansluiten bij een geschilleninstantie, het doen van een uitspraak over een klacht en het opzetten van een systeem voor veilig-incidentmelden (VIM) lastig uitvoerbaar zijn voor

kleine zorgaanbieders en hoge administratieve lasten met zich meebrengen.

Diverse brancheorganisaties van kleine zorgaanbieders hebben momenteel voor hun leden gezamenlijk een klachtencommissie georganiseerd. Na inwerkingtreding van de Wkkgz kunnen deze leden ook de verplichte klachtenfunctionaris en de aansluiting bij de geschilleninstantie via hun brancheorganisatie realiseren. Ook het omvormen van de klachtencommissie tot een geschilleninstantie behoort tot de mogelijkheden. Het gezamenlijk organiseren bespaart op administratieve lasten.

De KNMG verwacht dat bij kleinschalige zorgaanbieders en solisten de klachtencommissie in enigerlei vorm blijft bestaan en zet daarom vraagtekens bij de berekende besparing. Het gaat hier echter om de berekening van de besparing direct verbonden aan het schrappen van een wettelijke verplichting. Dat zorgaanbieders er dan zelf voor kiezen om hun klachtencommissie te behouden, is hun goed recht, maar heeft op die berekening geen invloed; de kosten die zij nu al hebben voor de klachtencommissie, lopen dan door. Ik verwacht overigens dat aanbieders die werk maken van laagdrempelige klachtafhandeling in een vroeg stadium, te maken krijgen met een sterk verminderd aantal klachten dat bij een klachtencommissie terecht komt, zodat de kosten daarvan dalen dan wel de overbodigheid van die klachtencommissie op termijn zal blijken.

Wat betreft de kritiek van de KNMG dat de Wkkgz onvoldoende rekening houdt met de positie en de lasten voor kleinschalige zorgaanbieders, wijs ik erop dat het in de door de KNMG genoemde voorbeelden gaat om een aantal basale verplichtingen, zoals een passende klachten- en geschillenregeling en een basaal veiligheid-managementsysteem met een minimum aan vormvereisten. De kwaliteit van de zorgverlening is hiermee gediend. Cliënten van kleinschalige zorgaanbieders verdienen evenveel bescherming als cliënten van grote zorgaanbieders. Dat betekent niet dat kleinschalige zorgaanbieders de eisen ook op eenzelfde wijze moeten implementeren als grote zorgaanbieders. Voor kleinschalige zorgaanbieders is het eenvoudiger om aan de verplichting voor een veilig-incidentmelden- systeem te voldoen dan voor grootschalige aanbieders. Kleinschalige aanbieders kunnen ervoor kiezen om via hun brancheorganisatie een laagdrempelige klachten- en geschillenbehandeling te organiseren. Het gezamenlijk organiseren bespaart op administratieve lasten. Daar zijn al goede voorbeelden van zoals de huisartsen in de regio Zuid-Nederland, die gezamenlijk een regionale klachtenfunctionaris hebben georganiseerd, die klachten via bemiddeling tot een oplossing brengt. Ik zal in het implementatietraject voor de Wkkgz, dat ik zal starten indien de Wkkgz door uw Kamer is aanvaard, nadrukkelijk rekening houden met de wijze waarop kleinschalige zorgaanbieders kunnen voldoen aan de eisen uit de Wkkgz en de administratieve lasten zoveel mogelijk kunnen beperken (bijvoorbeeld door gezamenlijk met andere aanbieders een klachtenfunctionaris te organiseren of door een model aan te reiken voor een veilig-incidentmelden-systeem voor kleine zorgaanbieders, waarmee de administratieve lasten zo beperkt mogelijk blijven). Daarbij zal ik gebruik maken van goede voorbeelden die er al zijn in de praktijk, waaronder die ik heb weergegeven in de memorie van antwoord.

De BoZ wijst voorts op de extra lasten door de verplichting dat een zorgaanbieder alleen zorg mag laten verlenen door mensen en organisaties met wie een schriftelijke overeenkomst is gesloten, ook als zij niet in dienst zijn, dus ook voor uitzendkrachten. Omdat aan de inhuur van uitzendkrachten een contract met het uitzendbureau ten grondslag ligt, behoeft dat voor zorginstellingen geen extra last te betekenen indien het uitzendbureau zorgt voor het tekenen van de benodigde standaardcon-

tracten. Overigens ligt het erg voor de hand om bij inhuur van zorgverleners te werken met schriftelijke contracten om verwachtingen over en weer vast te leggen en problemen in een later stadium te voorkomen.
De Brancheorganisaties Zorg (BoZ) en de KNMG stellen in hun reacties onder meer dat het schrappen van de verplichting tot het instellen van een klachtencommissie minder effect heeft op de uitvoeringslasten voor zorgorganisaties omdat voor alle zorgorganisaties die te maken hebben met de Wet bopz, een klachtencommissie verplicht blijft. Ook zullen volgens deze organisaties de wetsvoorstellen verplichte ggz (Wvggz) en zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten (Wzd) verplichten tot het hebben van een cliëntenvertrouwenspersoon naast de klachtenfunctionaris. Beide organisaties gaan in hun standpunt eraan voorbij dat de verplichtingen uit die wetten zich niet richten op klachten en geschillen als bedoeld in de Wkkgz, maar specifiek op geschillen over beperking van vrijheidsrechten en aantasting van de lichamelijke integriteit. Dat maakt dat de beide procedures niet zo maar inwisselbaar zijn, doch een andersoortige beoordeling vragen en daardoor verschillende competenties. Inderdaad verplichten die wetten tot het aanstellen van een vertrouwenspersoon; nergens echter is bepaald dat die niet ook klachtenfunctionaris mag zijn. Dat is aan de instellingen.

BoZ en de KNMG zetten ook vraagtekens bij het vervallen van de verplichting tot het opstellen van een openbaar kwaliteitsjaarverslag, omdat deze verplichting in andere wetgeving terug zou komen. De verplichting om kwaliteitsgegevens aan te leveren, is opgenomen in de wet waarmee het Zorginstituut in het leven is geroepen (33 243). Het Zorginstituut verzamelt en publiceert sinds 2014 dergelijke gegevens over de kwaliteit van zorg, de zogenoemde kwaliteitsgegevens per zorgaanbieder. Kwaliteit van de zorg wordt tegenwoordig transparant gemaakt door bij zorgaanbieders gericht digitaal informatie uit te vragen op basis van kwaliteitsindicatoren, die zoveel mogelijk gebaseerd zijn op eenmalige registratie aan de bron, dus met zo min mogelijk administratieve lasten gepaard gaan. Het gaat hier niet langer om verantwoordingsgegevens en beleidsdocumenten van vele pagina's, maar om actuele cijfers die zoveel mogelijk worden afgeleid van een eenmalige registratie aan de basis. Het gaat om kwaliteitsindicatoren die de zorgaanbieder zelf ook nodig heeft om zijn organisatie goed te kunnen besturen. Daarmee hebben de overheid en de toezichthouder niet langer behoefte aan kwaliteitsjaarverslagen en kan de verplichting worden geschrapt.
Anderzijds kan het voor zorgaanbieders natuurlijk aantrekkelijk zijn om een kwaliteitsjaarverslag op te stellen om zich daarmee te onderscheiden. Dat gebeurt dan vanuit een intrinsiek overtuiging dat het belang daarmee van de eigen zorginstelling wordt gediend. Dat is echter een eigen vrije keuze. En voor zover dergelijke gegevens worden verzameld vanuit een eigen intrinsieke overtuiging, zijn zij niet aan te merken als administratieve last, maar als bedrijfseigen kosten. De berekening van Sira richt zich op de kosten om te voldoen aan informatieverplichtingen voortvloeiend uit wet- en regelgeving van de overheid.

De KNMG vraagt waarom Sira bij het becijferen van de lasten voor zorgverleners bij het aanvragen van een VOG het uurtarief voor burgers uit het Standaard Kostenmodel en niet het hogere uurtarief voor professionals hanteert. Er is bewust gekozen voor het uurtarief voor burgers bij het berekenen van de lasten bij het aanvragen van een VOG. Het doel van regeldrukvermindering voor professionals in de publieke sector is immers om te komen tot minder regeldruk voor bijvoorbeeld leraren, verpleegkundigen en politieagenten, vanuit de gedachte dat wie minder tijd hoeft te besteden aan het uitvoeren van administratieve taken, meer tijd heeft voor zijn kerntaak. De verplichte VOG betreft een verplichting die geldt voor nieuwe medewerkers die in dienst treden van

een zorgaanbieder, dan wel op andere titel betaalde werkzaamheden verrichten voor de zorgaanbieder en die in contact kunnen komen met cliënten. Bij het in dienst nemen moet de zorgaanbieder in het bezit zijn van een VOG van de nieuwe medewerker. Het zijn sollicitanten die de VOG aanvragen. Sollicitanten zijn (nog) niet in dienst en hebben (nog) geen kerntaken. Sollicitanten zijn burgers die de verplichte VOG aanvragen en daarom worden deze lasten berekend met het uurtarief voor burgers (€ 15,–). Nadat de VOG is overhandigd aan de zorgaanbieder, kan de sollicitatieprocedure worden afgerond. Op dat moment treedt de zorgverlener officieel in dienst bij de zorgaanbieder en krijgt deze professionele kerntaken toegewezen. Indien er na indiensttreding administratieve taken worden opgelegd die ten koste gaan van de tijd die de zorgverlener heeft voor kerntaken, worden deze lasten berekend met het uurtarief voor zorgprofessionals (€ 48,–).

Alle argumenten wegende komt de regering tot de afweging dat de met de Wkkgz gepaard gaande administratieve lasten verantwoord zijn gezien de met de Wkkgz te bereiken doelen.
Ik merk op dat zorgaanbieders op grond van de Wkkgz, na inwerkingtreding van de wet, een jaar de tijd hebben om hun klachten- en geschillenregeling te laten voldoen aan de eisen van de wet.
Ik ben voornemens om in het Uitvoeringsbesluit Wkkgz zorgaanbieders ook voor de eisen met betrekking tot het veilig-incidentmelden een jaar de tijd te geven na inwerkingtreding van de wet. Zorgaanbieders hebben dan afdoende tijd om te kunnen voldoen aan de eisen van de Wkkgz.

In het regeldrukmodel, dat het daarin gespecialiseerde bureau Sira heeft gehanteerd zijn de argumenten van onder meer de aanbieders van eerstelijns zorgaanbieders en Actal meegenomen. De regeldruktoets geeft volgens de regering een stabiel en robuust beeld van de te verwachten regeldruk ten gevolgen van de Wkkgz. Hieruit kwam naar voren dat de administratieve lasten voor kleine zorgaanbieders juist lager zijn dan voor grote.
De belangenorganisaties van de kleinschalige zorgaanbieders vroegen om de aan het rapport van Sira ten grondslag liggende interviewverslagen mee te sturen naar de Eerste en Tweede Kamer. Alle zorgpunten die deze organisaties geuit hebben en die niet direct van invloed zijn op de berekening van de regeldruk, zijn toch in het rapport van Sira zijn opgenomen (paragraaf 3.4, p. 15 en 16). Hiermee wil ik juist volledige openheid geven over de beleving bij deze belangenorganisaties.
Gezien de met de Wkkgz beoogde doelen (openheid over en leren van klachten en incidenten, ter verbetering van de kwaliteit van zorg en een betere positie van de cliënt), acht ik de geringe toename van de regeldruk passend binnen het beleid om de regeldruk voor bedrijven zo beperkt mogelijk te houden. Ik zie dan ook geen aanleiding om conform het advies van Actal het wetsvoorstel Wkkgz nog eens te bezien op proportionaliteit, omdat ik een toename van de kosten per zorgaanbieder van € 20 á 30 per jaar zeker proportioneel acht.

De leden van de SP-fractie vragen hoe de regering de discrepantie tussen de Voortgangsrapportage Regeldruk van het kabinet en het onderzoeksrapport van Sira verklaart. Gezien het grote verschil in uitkomst tussen de twee studies vragen de leden van de SP-fractie waarom de Minister in de brief van 27 november jl. het volgende stelt: «In eerdere uitingen richting Tweede en Eerste Kamer heb ik een beeld gegeven van de regeldruk ten gevolgen van de Wkkgz. Ik ben van mening dat het rapport van Sira dit beeld bevestigt.»

De voortgangsrapportage regeldruk[3] gaf een regeldrukeffect weer voor het toenmalige wetsvoorstel cliëntenrechten zorg (Wcz): – € 0,1 miljoen. Het betreft een inschatting van de effecten voor zorgaanbieders van het toenmalige wetsvoorstel Wcz, en betreft de vervanging en deregulering van aantal wetten waaronder WTZi, Wmcz, Wkcz, Kwaliteitswet zorginstellingen, met het oog op belangen van cliënten en meer ruimte voor aanbieders. In de berekening van de regeldruk voor het toenmalige wetsvoorstel Wcz zaten ook verminderingen van administratieve lasten ten gevolge van het afschaffen van het bouwregime WTZi en het afschaffen van de WTZi-toelating. De berekening bevatte daarnaast een aantal toenames van administratieve lasten ten gevolge van extra kwaliteitseisen en eisen aan de regeling van klachten en geschillen.
Op verzoek van uw Kamer zijn de administratieve lasten ten gevolge van het wetsvoorstel Wkkgz afzonderlijk in beeld gebracht; daarbij gaat het om deze extra kwaliteitseisen en eisen aan de regeling van klachten en geschillen. Omdat de berekening ten tijde van het opstellen van de Voortgangsrapportage regeldruk nog niet was afgerond, kon het huidige cijferbeeld nog niet in deze rapportage worden meegenomen.
Het beeld dat dit oplevert, verschilt niet met het beeld van deze lasten toen deze nog onderdeel waren van een bredere berekening in het kader van de Wcz. In vergelijking met de berekening in het kader van de Wcz zijn in de berekening voor de Wkkgz ook de lasten voor aanbieders van andere zorg dan Zvw- of Wlz-zorg meegenomen; het gaat hier om 40.000 aanbieders van andere zorg en een regeldruk van gemiddeld € 113 per aanbieder van andere zorg dan Zvw- of Wlz-zorg per jaar (totaal macro € 4,5 mln). Het beeld voor aanbieders van Zvw- of Wlz-zorg is hetzelfde als voorheen: € 20 á 30 per aanbieder van Zvw-of Wlz-zorg per jaar.
De meest recente berekening op grond van het regeldrukrapport van Sira zal worden meegenomen in de volgende voortgangsrapportage regeldruk.

Relatie Wkkgz met Wetsvoorstel verplichte GGZ en Wetsvoorstel zorg en dwang

De leden van de VVD-fractie en de leden van de CDA-fractie hebben vragen over de verhouding tussen het wetsvoorstel voor de Wkkgz en de wetsvoorstellen Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten[4] en Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg[5].

Ik hecht eraan allereerst het misverstand weg te nemen dat de wettelijke verplichting – op grond van het wetsvoorstel Wzd, het wetsvoorstel Wvggz, de Wet bopz en de Wet klachtrecht cliënten zorgsector (Wkcz) – om een klachtencommissie te hebben, zou impliceren dat die commissie niet voor meerdere instellingen werkzaam zou kunnen zijn. Het woord «interne» moet in dit verband vooral worden gelezen als «de eigen klachtenbehandeling van de zorgaanbieder» ter onderscheiding van de beslissing op klachten door de geschilleninstantie.

In de Wkkgz heeft de interne klachtmogelijkheid betrekking op klachten over de kwaliteit van de behandeling of de bejegening dan wel daardoor ontstane schade. Uiteraard zullen ook in de instellingen waar de Wet bopz geldt en straks de Wzd of de Wet verplichte ggz gaat gelden, andere klachten kunnen ontstaan, die niet vallen onder de in die wetten geregelde specifieke klachtenprocedure en de daarbij behorende beroepsmogelijkheid bij de rechter. Op de behandeling van die andere klachten is thans

---

[3] http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/publicaties/2014/12/05/overzicht-maatregelen-bedrijven-burgers-en-professionals.html.
[4] Kamerstukken 31 996.
[5] Kamerstukken 32 399.

de Wkcz en straks de Wkkgz van toepassing. De Wkkgz legt de verplichting op aan zorgaanbieders ook een klachtenfunctionaris beschikbaar te stellen die kan adviseren, ondersteunen bij het formuleren van de klacht en bemiddelen in de zoektocht naar een voor beide partijen bevredigende oplossing. Komen partijen er, ondanks wederzijdse inspanningen toch niet uit, dan kunnen zij hun geschil voorleggen aan de geschilleninstantie.

De eisen die aan de geschilleninstantie worden gesteld en de eisen die aan de klachtencommissies op grond van de Wzd en Wvggz worden gesteld, maken dat het mogelijk is dat specifieke Wzd / Wvggz zaken en zaken voor de geschilleninstantie voor eenzelfde instantie aanhangig zijn, zij het dat de uitspraken door dit gremium wel moeten worden gedaan gelet op het bepaalde in twee wetten: algemene klachten/claims op grond van de Wkkgz en klachten/claims gedwongen zorg op grond van de Wzd dan wel Wvggz.

Gelet op het voorgaande deel ik niet de mening dat met de Wkkgz inconsistentie in wetgeving blijft bestaan nu de Wkkgz de klachtencommissie niet langer verplicht stelt en dit wel het geval is bij de wetsvoorstellen voor de Wzd en de Wvggz. In de vraagstelling worden ongelijksoortige zaken met elkaar vergeleken. Bij de voorstellen Wzd en de Wvggz gaat het, net als bij de huidige Wet bopz om een beklagmogelijkheid tegen «beslissingen» die ingrijpen in het zelfbeschikkingsrecht van de cliënt. Vanwege het ingrijpende en gedwongen karakter van die beslissingen, heeft de wetgever daarvoor voorzien in extra – strikte – rechtsbescherming naast het reguliere klachtrecht. Die klachtprocedures eindigen met een voor de zorgaanbieder/zorgverlener en betrokkene bindende beslissing (artikel 41 Wet bopz: de commissie kan de beslissing vernietigen), waartegen bij de rechter vervolgens beroep kan worden ingesteld. Die bepalingen vormen een lex specialis voor die klachten naast de Wkkgz. Deze procedures uit de bijzondere wetten zijn eerder vergelijkbaar met de mogelijkheid een bindend advies van de geschilleninstantie in te roepen dan met de behandeling van een klacht als waarop de Wkkgz betrekking heeft.

Zorgaanbieders op wie de Wet bopz, en later de Wzd of Wvggz van toepassing is, kunnen ervoor kiezen de functie cliëntvertrouwenspersoon uit de Wet bopz/Wzd/Wvggz en klachtenfunctionaris uit de Wkkgz met elkaar te combineren.

Verwachte stijging aantal claims

De leden van de VVD-fractie, CDA-fractie, SP-fractie en D66-fractie stellen vragen en hebben zorgen over een toenemend aantal claims in relatie tot de geschilleninstantie. Vraagtekens worden geplaatst bij de te behalen efficiencywinst, vanwege de verwachting van verdere juridisering en toename van claimtoekenning. Sommige fracties leggen de link met de onduidelijkheid en onbegrip over zorgpolissen evenals kostenbewustwording bij patiënten door onder meer een verhoogde eigen bijdrage.

De regering deelt deze zorg niet en is van mening dat deze wet juist een belangrijke bijdrage levert aan dejuridisering, doordat open communicatie wordt gestimuleerd. Wanneer de communicatie tussen de zorgaanbieder/zorgverlener en de cliënt goed verloopt, wordt onvrede geuit en kan deze onvrede in onderling overleg worden weggenomen. De met deze wet verplichte klachtenfunctionaris speelt hierbij een belangrijke rol. Deze klachtenfunctionaris kan bijvoorbeeld een bemiddelende rol vervullen of cliënt en zorgaanbieder helpen bij het zoeken naar bevredigende oplossingen. In de gevallen waarin de cliënt er met zijn zorgaanbieder niet uitkomt, is de regering van mening dat de cliënt op een laagdrempelige

manier zijn zaak aan een onafhankelijke instantie moet kunnen voorleggen[6]. Hier is de geschilleninstantie voor. In de reactie op enkele vragen hierover merkt de regering op dat zij van mening is dat er geen heldere scheidslijn bestaat tussen klachten en claims, wat wordt onderstreept door de huidige praktijk bij de Stichting Geschillencommissie (SGC). Daarnaast is het voor cliënten duidelijker, wanneer zij bij één instantie terecht kunnen. In reactie op de vraag of de regering bereid is om claims die geen betrekking hebben op verwijtbaar handelen van de zorgaanbieder uit te sluiten is de redenatie als volgt. Of er bij geleden schade ook sprake is van verwijtbaarheid, schuld en causaliteit, is niet op voorhand te bepalen, maar zal per geval bezien dienen te worden. Het is dus geen optie op voorhand bepaalde categorieën claims uit te sluiten.

In reactie op de vraag van de leden van de VVD-fractie merk ik nog op dat aan de angst voor een claimcultuur wel aandacht is gegeven bij het uitvoeren van een regeldruktoets, maar dat dit niet tot een hogere lastenberekening heeft geleid. Dit omdat de Wkkgz juist inzet op dejuridisering en de-escalatie.
Uit diverse onderzoeken blijkt dat mensen informele geschiloplossing positief waarderen[7]. In aangrenzende beleidsdomeinen[8] leidt het toepassen van informele geschiloplossing tot een situatie, waarin tweederde van de cliënten tevreden is met de uitkomst van de afhandeling. Het is aannemelijk dat informele geschiloplossing ook in de zorg zal leiden tot een verbetering van klanttevredenheid. Dit beeld wordt bevestigd in interviews en werkbezoeken bij zorgaanbieders.
Ook de geschilleninstantie zal, alvorens een oordeel te geven over een geschil dat aan haar wordt voorgelegd, bezien of een schikking bijvoorbeeld via mediation mogelijk is. De regering ziet dan ook niet in waarom de introductie van een geschilleninstantie op zich tot een verdere juridisering en claimtoekenning zou leiden. Deze angst bestond ook ten tijde van oprichting van de huidige geschillencommissie (SGC) en deze angst is onterecht gebleken. Voor zover er sprake is van gerechtvaardige claims van cliënten, moeten die uiteraard gehonoreerd worden. De geschilleninstantie maakt geen onderscheid tussen klachten en claims. Hier is bewust voor gekozen.

De regering deelt op grond van het bovenstaande de vrees voor een toename van het aantal claims niet. Vanwege het aantal vragen dat hierover is gesteld ben ik bereid om dit aspect mee te nemen bij de evaluatie van deze wet, 5 jaar na inwerkingtreding. Om deze evaluatie goed te kunnen doen, zal direct na inwerkingtreding van de wet een nulmeting uitgevoerd worden op de afzonderlijke elementen uit de wet.

Overige thema's

Hieronder volgt de beantwoording van de overige vragen, waarbij de volgorde van het nader voorlopig verslag is aangehouden. Gelijkluidende vragen zijn zoveel mogelijk gebundeld beantwoord.

De leden van de VVD-fractie vragen of de regering heeft overwogen om dit wetsvoorstel aan te houden, totdat de resultaten van het onderzoek dat

---

[6] In de memorie van antwoord heb ik aangegeven dat de gang naar de civiele rechter voor veel cliënten als een te grote drempel wordt ervaren.

[7] NIVEL 2009, Ervaringen van mensen met klachten over de gezondheidszorg. SIRA Consulting, «Mediationvaardigheden bij de overheid: onderzoek naar de kosteneffectiviteit van de inzet van mediationvaardigheden bij de Overheid» (2008), en «Pilottrajecten mediationvaardigheden: prettig contact met de overheid 2» (2010) i.o.v. ministerie BZK.

[8] Ministerie van BZK «Prettig contact met de overheid» (2010), domeinen: Wmo, WWB, Handhaving, Personeelszaken, RO, Vergun-ningen, Publiekszaken, Welzijn, BWT, Subsidies, Sociale Zaken, Tegemoetkomingen, Openbare Werken, Fiscale Zaken.

op initiatief van De Letselschaderaad naar de Gedragscode Openheid medische incidenten; betere afwikkeling Medische Aansprakelijkheid (GOMA) is gedaan, bekend waren.

De regering heeft niet overwogen het wetsvoorstel voor de Wkkgz aan te houden. Ik zie de Wkkgz en de GOMA als aanvullend en niet als inwisselbaar. Het wetsvoorstel Wkkgz dient een breder doel dan de GOMA. Met de Wkkgz wordt een verbeterslag beoogd op het gebied van kwaliteitswetgeving en wetgeving op het gebied van klachten- en geschillenbehandeling. De GOMA biedt de sector een richtlijn voor de verbetering van de afwikkeling van medische aansprakelijkheid, waarbij open communicatie tussen zorgaanbieder / zorgverlener en cliënt belangrijke factoren vormen.

Het onderzoek van De Letselschaderaad naar de GOMA is inmiddels afgerond[9]. Om inzicht te krijgen in de bekendheid, toepassing en naleving van GOMA heeft Ruigrok | Netpanel in opdracht van De Letselschaderaad onderzoek gedaan naar de GOMA onder patiënten en professionals. Onderstaand belangrijke bevindingen van het onderzoek[10]:

- Bekendheid van de GOMA is een stuk lager onder patiënten (24%) dan onder professionals (99%).
- Professionals zijn inhoudelijk beter op de hoogte van de GOMA.
- Patiënten en professionals zijn over het algemeen eensgezind als het gaat om de afhandeling van een mogelijk medisch incident. Beiden vinden het belangrijk dat alle nodige stappen worden ondernomen om de negatieve gevolgen voor de gezondheid van de patiënt weg te nemen of te beperken. Ook vindt men het zeer van belang dat de oorzaak van het incident wordt onderzocht en dat herhaling wordt voorkomen.
- In de praktijk blijkt één en ander nog niet goed te verlopen in de ogen van de patiënt. Hierbij gaat het voornamelijk om de informatievoorziening door de zorgverlener, om de mate waarin de zorgverlener rekening houdt met (de gezondheid van) de patiënt en om het gebrek aan verontschuldigingen van de zorgverlener. Een groot deel van de ziekenhuisprofessionals is het hier niet mee eens: zij geven juist aan de patiënt vaak of altijd te voorzien van informatie (als zij hiervoor verantwoordelijk zijn).

Ik zie de bevindingen van dit onderzoek als steun in de rug voor de Wkkgz, die juist tegemoet komt aan de punten die patiënten daarbij hebben ingebracht.

Ook vragen de leden van de VVD-fractie of het niet denkbaar is dat de uitkomst van dit onderzoek consequenties zou kunnen hebben voor de inhoud van dit wetsvoorstel.

Voor de inhoud van dit wetsvoorstel heeft de uitkomst van dit onderzoek geen gevolgen; het is een steun in de rug voor de Wkkgz. De uitkomst van dit onderzoek wordt wel betrokken bij het implementeren van de Wkkgz. Tijdens de implementatie zal aandacht worden besteed aan de punten die patiënten in dit onderzoek hebben ingebracht, waaraan de Wkkgz tegemoet komt.

De leden van de VVD-fractie vragen of er ook een wettelijke meldplicht op zorgverleners of zorgaanbieders rust ten aanzien van incidenten veroorzaakt door andere zorgverleners of zorgaanbieders, indien die zelf niet melden?

---

9 Deze is bijgevoegd bij deze nadere memorie van antwoord.

10 Ruigrok | Netpanel; Een onderzoek naar de bekendheid, toepassing en naleving van de GOMA, p. 4

De zorgaanbieder op wie de verplichtingen op grond van de Wkkgz rusten moet ervoor zorg dragen dat er binnen zijn organisatie een deugdelijke procedure voor het melden van incidenten is, moet de zorgverleners die in opdracht voor hem werken goed informeren over die procedure en moet een cultuur bevorderen dat zorgverleners incidenten intern melden om ervan te kunnen leren. De zorgaanbieder die er kennis van heeft dat één van de voor hem werkzame zorgverleners ten onrechte een incident niet heeft gemeld zal daarop moeten worden aangesproken. Het past binnen een cultuur van veilig werken dat ook individuele zorgverleners onderling elkaar daarop aanspreken.

De leden van de VVD-fractie vragen verder wat er gebeurt als de patiënt, expliciet of impliciet, aangeeft om welke reden dan ook niet van een melding gediend te zijn.

Indien de cliënt in een bepaalde situatie te kennen heeft gegeven bepaalde zaken niet te willen weten, zal de zorgaanbieder dat hebben te respecteren. Daarbij moet de zorgaanbieder bij de cliënt goed nagaan of de eerdere wilsverklaring van de cliënt ook betrekking heeft op het niet willen vernemen van nadere informatie over een incident.
Een uitzondering bestaat wanneer, zoals artikel 7:449 BW bepaalt, het belang dat de cliënt daarbij heeft, niet opweegt tegen het nadeel dat voor zichzelf of anderen kan voortvloeien uit het achterwege laten van de informatieverstrekking

De leden van de VVD-fractie onderschrijven het algemene uitgangspunt om in een zo vroeg mogelijk stadium alle klachten en «andere uitingen van onvrede» op te pakken en succesvol te behandelen. Deze leden vragen een nadere precisering van «andere uitingen van onvrede». Voorts vragen de leden van de VVD-fractie waar deze «andere uitingen van onvrede» aan moeten voldoen om wettelijk in dezelfde categorie te vallen als een klacht, in die zin dat de klachtenfunctionaris verplicht is deze in behandeling te nemen en nalatig is als hij dat niet doet?

Niet iedere uiting van onvrede is al een klacht of zal uitmonden in een klacht in de zin van dit wetsvoorstel. Het kan ook voorkomen dat een cliënt in gesprek is met een zorgverlener en in dit gesprek aangeeft niet tevreden te zijn over bijvoorbeeld de bejegening, of meer informatie wil over een behandeling. Er is dan nog niet direct sprake van een klacht in de zin van de Wkkgz. Hiervoor geldt namelijk het vereiste van een «schriftelijke» klacht. Dit vereiste is van belang voor de zeswekentermijn waarbinnen klachten in beginsel tot een oplossing moeten worden gebracht.
De regering benadrukt dat de interne klachtenregeling van een zorgaanbieder zo veel mogelijk zou moeten voorzien in een informele oplossingsgerichte aanpak van alle klachten èn uitingen van onvrede, juist om escalatie te voorkomen. Een goede inzet van de klachtenfunctionaris[11] kan bijvoorbeeld voorkomen dat «uitingen van onvrede» uiteindelijk formele klachten in de zin van de Wkkgz worden. Met uitingen van onvrede wordt beoogd om situaties aan te duiden waarbij nog geen sprake is van een formele schriftelijke klacht, maar waarbij wel sprake is van een ontevreden cliënt. Een goede klachtenfunctionaris houdt zich niet alleen bezig met klachten, maar heeft ook aandacht voor ontevreden cliënten die anderszins hun onvrede uiten.

[11] Kortheidshalve wordt in deze nadere memorie van antwoord de term klachtenfunctionaris gehanteerd om de functionaris, bedoeld in artikel 15 van de Wkkgz, aan te duiden. In de praktijk worden verschillende namen voor deze functionaris gebruikt.

De leden van de VVD-fractie vragen in hoeverre een regionale invulling van de rol van de klachtenfunctionaris tegemoet komt aan het doel om klachten «zo dicht mogelijk bij de bron» af te handelen, vooral ten opzichte van de huidige klachtencommissies.

Regionale invulling van de rol van klachtenfunctionaris doet in de visie van de regering niet af aan het doel om klachten zo dicht mogelijk bij de bron af te handelen. De taken van de regionaal georganiseerde klachtenfunctionaris blijven namelijk onveranderd, bijvoorbeeld het adviseren over de verschillende klachtmogelijkheden van de cliënt, het bevorderen van een goede dialoog tussen de hulpverlener en de cliënt en het onderzoeken van de mogelijkheden om tot een oplossing te komen. In de praktijk blijkt dit goed mogelijk. Ik noem hier de huisartsen in de regio Zuid-Nederland, georganiseerd in de Stichting Klachtenregeling Huisartsenzorg Zuid-Nederland. Deze stichting heeft een regionale klachtenfunctionaris in dienst die klachten via bemiddeling tot een oplossing brengt. Ongeveer 3300 huisartsen(praktijken) zijn hierbij aangesloten.

De leden van de VVD-fractie vragen om verduidelijking van de adviserende taken van de onafhankelijke geschilleninstantie. Op pagina 15 van de Memorie van antwoord en in paragraaf 12.3 van de memorie van toelichting is echter sprake van advisering over geschillen door de geschilleninstantie. Kan de regering aangeven wat hiermee bedoeld wordt? Aan wie adviseert de instantie? Hoe verhoudt de taak van het adviseren zich tot die van het doen van een bindende uitspraak? Daarnaast hebben de leden van de VVD-fractie diverse vragen over de competentiegrens van € 25.000.

Een geschilleninstantie biedt een laagdrempelig alternatief voor de gang naar de civiele rechter, die door veel cliënten als een te grote drempel wordt ervaren. De Wkkgz verplicht zorgaanbieders om aangesloten te zijn bij een onafhankelijke geschilleninstantie, die bevoegd is geschillen te behandelen en ook een schadevergoeding op kan leggen tot in ieder geval € 25.000. De geschilleninstantie behandelt dus zowel klachten met een claim tot schadevergoeding als klachten zonder een financiële claim. De geschilleninstantie voert haar taak formeel uit door een bindend advies uit te brengen. Dit is in de Wkkgz juridisch vertaald naar «uitspraak bij wege van bindend advies» (zie artikel 20 Wkkgz). Dit betekent dat partijen verplicht zijn om de uitspraak van de geschilleninstantie na te komen. Natuurlijk kan de geschilleninstantie ook bemiddelen en bevorderen dat een schikking tussen partijen wordt getroffen. Dat wordt bedoeld met «adviserende taken». In dat geval kunnen partijen alsnog onderling tot een duurzame oplossing voor het geschil komen. Dan is een uitspraak bij wege van bindend advies van de geschilleninstantie niet nodig, maar komen partijen zelf tot een afspraak over de wijze waarop het geschil wordt beëindigd. Maar ook in gevallen, waarbij sprake is van een claim tot schadevergoeding, is de bemiddelende rol van de geschilleninstantie mogelijk. Zeker wanneer beide partijen met elkaar verder willen en het vertrouwen in de relatie willen behouden of herstellen.

Voor wat betreft de competentiegrens van € 25.000 merkt de regering op dat daarbij is aangesloten bij de competentiegrens van de kantonrechter. Overigens mogen zorgaanbieders en cliëntenorganisaties nu ook al een bedrag van € 25.000 afspreken, zoals de huidige geschillencommissie Zelfstandige Klinieken dat ook heeft gedaan. Partijen zijn ook vrij om desgewenst een hoger bedrag dan € 25.000 overeen te komen. De regering ziet niet in waarom de verhoging van de competentiegrens tot een ongewenste wildgroei zou leiden. Analoog aan de beginselen van

behoorlijke rechtspraak die bij rechtspraak in acht worden genomen[12], zal de geschilleninstantie in haar beoordeling beginselen van een behoorlijke procedure hanteren, wat zal resulteren in toewijzing van gerechtvaardigde claims. De introductie van een onafhankelijke geschilleninstantie draagt in die zin juist bij aan een rechtvaardige behandeling van geschillen, toegankelijk voor alle cliënten binnen de gezondheidszorg op een gelijke wijze als in andere sectoren al gebruikelijk is.
De totstandkoming van de nu al functionerende geschillencommissies in de zorg[13] heeft overigens in de praktijk niet geleid tot een wildgroei aan claims.

De leden van de VVD-fractie hebben diverse vragen gesteld over de procedures rondom de geschilleninstantie. De leden vragen de regering onder meer in te gaan op de oprichting, samenstelling, kosten en wijze van besluitvorming door de geschilleninstantie.

De regering benadrukt dat, zoals gebruikelijk in de huidige uitvoeringspraktijk rondom geschilbeslechting, dat zaken als oprichting, samenstelling, kosten en wijze van besluitvorming aangelegenheden zijn, waarover de partijen het beste onderling afspraken kunnen maken. Het wordt dus aan de veldpartijen overgelaten geschilleninstanties in te stellen voor de diverse zorgsectoren. Organisaties van zorgaanbieders en cliënten kunnen gezamenlijk een geschilleninstantie in het leven roepen ter beslechting van geschillen tussen aanbieders en cliënten. In de Uitvoeringsregeling Wkkgz zullen op grond van artikel 18 van de Wkkgz enkele erkenningseisen worden gesteld met betrekking tot de samenstelling en het functioneren van een geschilleninstantie, zoals de wijze waarop zaken aanhangig kunnen worden gemaakt en hoe zaken worden behandeld. Aldus zal gewaarborgd zijn dat voldaan wordt aan basale waarborgen, zoals hoor en wederhoor. Hierbij wordt aansluiting gezocht bij de Erkenningsregeling geschillencommissies consumentenklachten 1997. Voor het stellen van nadere regels op dit vlak bij amvb biedt de wet geen ruimte. Hoeveel geschilleninstanties in Nederland op grond van de Wkkgz zullen worden opgericht moet nog blijken indien de veldpartijen aan de slag gaan met de implementatie van de Wkkgz.
Voor de beantwoording van de vragen over de kosten verwijst de regering naar de antwoorden op gelijke vragen van de leden van de SP-fractie en CDA-fractie hieronder.

De leden van de VVD-fractie vragen naar de procedure als sommige zorgaanbieders verwachten dat de klachtencommissie behouden blijft.

Het doel van de nieuwe klachtenregeling is het bevorderen van een informele oplossingsgerichte aanpak van klachten, in plaats van het onnodig juridiseren van klachten. Dit biedt veel ruimte om het merendeel van de klachten door tussenkomst van de klachtenfunctionaris tot bevredigende oplossingen voor cliënt en zorgaanbieder te brengen. Het is

---

[12] Beginselen van behoorlijke rechtspraak vormen de belangrijkste juridische kwaliteitseisen die aan rechtspraak worden gesteld. Zij waarborgen een rechtmatig verloop van de procedure voor procespartijen en andere bij rechtspraak betrokkenen, zoals getuigen, belanghebbenden en het publiek. Zij kunnen zich voorafgaand aan, tijdens en na afloop van de rechterlijke procedure op deze beginselen beroepen. Voor de overheid (dat wil zeggen: de wetgevende, uitvoerende en rechterlijke macht) vormen de beginselen een toetsingsnorm voor de wijze waarop de procedure is ingericht en wordt uitgevoerd, en voor de wijze waarop het procesrecht dient te worden geïnterpreteerd. Beginselen van behoorlijke rechtspraak kunnen als volgt worden gedefinieerd. Rechtsnormen die in het recht van een bepaalde plaats en tijd als toetsingsnorm fungeren voor de rechtmatigheid van een (voorgenomen) gedraging of (rechts-)handeling van de rechter of de medewerkers van de rechterlijke organisatie in het kader van de procedure bij de rechter: rechtsnormen die gradueel verschillen van rechtsregels.

[13] https://www.landelijkmeldpuntzorg.nl/burger/geschillencommissie#geschillencommissies-in-de-zorg

voorstelbaar dat daarnaast ook de bestaande expertise van de klachtencommissie aangewend wordt ten behoeve van de optimalisatie van de interne klachtenketen van de zorgaanbieder. Ook kan deze worden aangewend ten behoeve van de oprichting van een geschilleninstantie door bijvoorbeeld het bundelen van expertise van meerdere klachtencommissies en deze een onafhankelijke positie te geven. De exacte klachtenprocedure met behoud van de huidige klachtencommissie is niet op voorhand aan te geven. De zorgaanbieder is vrij om daar zelf invulling aan te geven. Zoals eerder aangegeven, vind ik het belangrijk dat zorgaanbieders voldoende ruimte hebben bij de concrete inrichting van hun interne klachtenketen, opdat zij een passende, snelle en oplossingsgerichte aanpak voor hun organisatie kunnen regelen. De optimale inrichting zal afhankelijk zijn van diverse factoren, zoals de cliëntenpopulatie, de aard en omvang van de zorg, culturele aspecten, de grootte en locatie van de zorgaanbieder. De wet geeft de zorgaanbieder daarom ruimte om te bepalen hoe hij de interne klachtenketen organiseert, mits hij voldoet aan de basiseisen, neergelegd in de Wkkgz en het Uitvoeringsbesluit Wkkgz.

Voorts vragen de leden van VVD-fractie in hoeverre de regering overwogen heeft zorgaanbieders uit te zonderen van de plicht om een klachtenfunctionaris aan te wijzen.

De regering ziet graag dat er meer aandacht is voor een goed, open gesprek tussen cliënt en zorgaanbieder en onvrede en klachten van cliënten zo veel mogelijk met een informele oplossingsgerichte aanpak worden opgelost. De klachtenfunctionaris vervult in dit perspectief een essentiële rol. Gelet hierop, acht de regering het noodzakelijk dat alle zorgaanbieders verplicht worden om een klachtenfunctionaris aan te wijzen. De regering heeft dan ook niet overwogen om zorgaanbieders van deze plicht uit te sluiten. De wet betekent niet dat iedere zorgaanbieder zelf een eigen klachtenfunctionaris in dienst moet hebben. Het is dus mogelijk dat (vooral kleinere) zorgaanbieders gezamenlijk optrekken om invulling te geven aan de verplichting tot het beschikbaar hebben van een klachtenfunctionaris.

De leden van de VVD wijzen op kleinschalige zorgverleners, die stellen een goed functionerende, onafhankelijke en laagdrempelige klachtenbehandeling te hebben welke door de Wkkgz verloren zou gaan, omdat zorgaanbieders worden verplicht zelf een uitspraak te doen over een klacht.
De leden van de CDA-fractie vragen een reactie op de constatering dat de zorgaanbieder in de eerstelijn eerst zelf een oordeel moet vellen over een klacht die het eigen handelen betreft, indien de klachtencommissie ophoudt te bestaan.

Ik wijs erop dat de zorgaanbieder ook nu al gehouden is een oordeel te geven over het eigen handelen nadat de klachtencommissie hem advies heeft uitgebracht over een casus. Omdat de regering een voor de cliënt laagdrempelige klachtenbehandeling nastreeft, waarbij de relatie tussen cliënt en zorgverlener / zorgaanbieder centraal staat en niet de procedure, is het juist de bedoeling dat de zorgaanbieder in een goed gesprek met de cliënt die een klacht heeft, in een vroeg stadium beziet of en hoe hij de klacht kan oplossen. Dat moet op grond van artikel 17 van het wetsvoorstel Wkkgz leiden tot een oordeel van de zorgaanbieder over de klacht. Als hij de laagdrempelige aanpak van klachten goed aanpakt kan de zorgaanbieder het overgrote deel van de eventuele klachten afronden met het oordeel dat in een gesprek tussen de cliënt en zorgverlener een aantal te benoemen punten zijn besproken en dat daarmee naar tevredenheid van de cliënt en zorgverlener de klacht is afgehandeld. Ook wanneer er een meningsverschil blijft bestaan hoeven zorgaanbieders niet

te krampachtig te doen over het geven van een oordeel over een klacht, maar kunnen volstaan met de constatering van het meningsverschil.

Voorts vragen de leden van de VVD-fractie onder verwijzing naar een passage in de memorie van antwoord of in de andere instellingen dan de genoemde jeugdhulpinstellingen waar de klachtencommissie blijft bestaan, de gang naar de onafhankelijke geschilleninstantie na de klachtafhandeling door de interne klachtencommissie niet meer aan de orde of zelfs niet meer mogelijk is, bijvoorbeeld als de klachtencommissie de klacht ongegrond verklaart. Staat het instellingen vrij dit ook vast te leggen in de interne klachtenregeling? Zo ja, dus als die gang kan worden afgesneden, hoe verhoudt zich dat dan tot het wettelijk recht van cliënt om naar de geschilleninstantie te stappen en tot de wettelijke plicht van de instelling om bij een geschilleninstantie aangesloten te zijn? En zo nee, dus als die gang alsnog altijd mogelijk is, hoe verhoudt zich dan juridisch de uitspraak van de klachtencommissie, bijvoorbeeld luidende «ongegrond», tot die van de onafhankelijke geschilleninstantie en welke prevaleert?
Bij de beantwoording van deze vraag van de leden van de VVD-fractie wordt ook in gegaan op jeugdhulpaanbieders die onder de Jeugdwet vallen.

De regering zet met de Wkkgz in op het gebruik van alternatieve vormen van geschilbeslechting door aansluiting bij een onafhankelijke geschilleninstantie verplicht te stellen. Ter geruststelling van de leden van de VVD-fractie zij opgemerkt dat voor alle zorgaanbieders op grond van de Wkkgz de voorschriften met betrekking tot de interne klachtenbehandeling en de geschilleninstantie volledig van kracht zullen zijn. De zorgaanbieders moeten dus zowel een deugdelijke interne regeling hebben, als zijn aangesloten bij een geschilleninstantie. Het is niet toegestaan om in de interne klachtenregeling de gang naar de geschilleninstantie uit te sluiten.
In de interne procedure – eventueel met inschakeling van een interne klachtencommissie – is de zorgaanbieder verantwoordelijk voor een goede afhandeling van de klacht. Het is aan de zorgaanbieder om de cliënt te laten weten wat hij van zijn klacht vindt en welke maatregelen hij daaraan verbindt. Een cliënt zal in de praktijk uiteraard slechts het oordeel van de geschilleninstantie inroepen, indien de zorgaanbieder in de interne procedure de cliënt geheel of gedeeltelijk in het ongelijk stelt of zijn klacht ongegrond verklaart. De uitspraak van de geschilleninstantie «prevaleert» dan boven het advies van de klachtencommissies. De geschilleninstantie is immers bevoegd een voor beide partijen, zorgaanbieder en klager, bindende uitspraak te doen. In verband met onderhavig wetsvoorstel bezie ik op welke wijze de bepalingen in de Jeugdwet op het gebied van klachtrecht en geschillen aan de Wkkgz dienen te worden aangepast, zodat de regels voor jeugdhulpaanbieders ook in de toekomst aansluiten bij de dan op grond van de Wkkgz bestaande wet- en regelgeving op het gebied van klachten en geschillen in de zorg. Daarbij zal ook beoordeeld worden hoe en hoe snel de betrokken partijen het nieuwe wettelijke regime kunnen invoeren. De aansluiting bij de Wkkgz is van belang om te voorkomen dat aanbieders, voor zover zij naast jeugdhulp ook zorg in de zin van de Wkkgz verlenen, met verschillende regimes te maken krijgen; dit is bijvoorbeeld relevant voor aanbieders die zowel jeugd-ggz als volwassenen-ggz verlenen. Vooruitlopend daarop is het naar het oordeel van de regering niet problematisch dat de jeugdhulpaanbieders voor de fase van interne klachtenbehandeling blijven werken met de klachtencommissies van de Jeugdwet en kunnen zij – uiteraard op vrijwillige basis – probleemloos hun cliënten een mogelijkheid bieden om zich tot een klachtenfunctionaris te wenden of tot een geschilleninstantie, als een

klacht na behandeling door de klachtencommissie niet bevredigend is afgehandeld.
Ik benadruk nogmaals dat de regering met de Wkkgz een omslag wil bereiken naar een informele oplossingsgerichte aanpak door inzet van de klachtenfunctionaris. Als cliënt niet tevreden is met de wijze waarop de zorgaanbieder er met hem wil uitkomen, kan de geschilleninstantie uitkomst bieden.

De leden van de VVD-fractie vragen de regering om duidelijkheid te bieden over wat onder cosmetische ingrepen moet worden verstaan. Zij vragen of aanbieders van cosmetische zorg zorgaanbieders worden in de zin van dit wetsvoorstel en onder de inspectie van de IGZ gaan vallen. De leden van de VVD-fractie vragen of aanbieders van cosmetische zorg worden opgenomen in het register van zorgaanbieders. Ook willen deze leden weten of hiermee rekening is gehouden bij de financiële ramingen en in de regeldruktoets.

Aanbieders van cosmetische zorg vallen onder de categorie «andere zorg». Met «andere zorg» wordt gedoeld op zorg die niet is aan te duiden als Wlz- en Zvw-zorg. Hierbij moet worden gedacht aan aanbieders van injectables en laserbehandelingen. Voor een aantal categorieën van cosmetische behandeling, waarbij het menselijk lichaam wordt aangetast, vind ik het vanuit het belang van de cliënt en uit oogpunt van veiligheid gerechtvaardigd dat deze aanbieders moeten voldoen aan de Wkkgz en ook onder het toezicht van de IGZ vallen (binnen de kaders van artikel 2, derde lid, Wkkgz). Deze aanbieders moeten zich net als alle andere zorgaanbieders op grond van de Handelsregisterwet in het Handelsregister registreren, dat de basis is voor het landelijk register van zorgaanbieders. De lasten voor deze aanbieders zijn meegenomen in de berekening van de recente regeldruktoets van Sira. Schoonheidsspecialisten die zich niet bezig houden met injectables en laserbehandelingen, visagisten, pedicures, eigenaars van tatoeagesalons[14] en kapsalons en dergelijke vallen niet onder het toepassingsbereik van de Wkkgz.

De leden van de CDA-fractie juichen de doelstellingen die ten grondslag liggen aan dit wetsvoorstel toe, maar zij hebben grote twijfels of dit wetsvoorstel daartoe daadwerkelijk een bijdrage levert.

Uiteraard gaat het bij de doelstellingen waarnaar deze leden verwijzen allereerst om een daadwerkelijke inzet van partijen om die doelstellingen te willen bereiken. Ik ben het ook eens met deze leden dat alleen wetgeving die op die doelstellingen aansluit, daaraan een goede bijdrage kan leveren. Naar mijn oordeel voldoet dit wetsvoorstel daaraan. Ik word daarin gesterkt door de steun voor het wetsvoorstel van de zijde van de cliëntenorganisaties en van de experts op het terrein van hedendaagse klachtbehandeling en geschilbeslechting. Diverse zorgaanbieders werken al op de door de regering voorgestane manier, zo bleek ook uit de werkbezoeken die ik in de memorie van antwoord heb genoemd[15].

De leden van de CDA-fractie wijzen erop dat de Kamer een aantal brieven heeft ontvangen van gerespecteerde organisaties die de nodige vragen, kanttekeningen en zorgen hebben met betrekking tot de uitwerking van de wetgeving. De leden van de CDA-fractie zien graag een reactie tegemoet van de regering op de afzonderlijke vragen, zorgen en adviezen die door deze organisaties worden voorgelegd, zowel waar deze een reactie zijn op de Memorie van antwoord als op het Uitvoeringsbesluit Wkkgz en de

[14] Deze vallen onder het Warenwetbesluit tatoeëren en piercen. De Nederlandse Voedsel- en Waren Autoriteit houdt hier toezicht op.
[15] 32 402, I, p. 6.

Regeldruktoets Wkkgz. Het betreft de gezamenlijke brief van de LHV, KNMP, Ineen, KNOV, LVVP, ANT, NVM, KNGF en VvOCM van 14 januari 2015[16], de positionpaper van de KNMG, Verbond van Verzekeraars, NVZ en NFU van 3 september 2014[17] en het positionpaper van de KNMG naar aanleiding van de Regeldruktoets Wkkgz van 15 januari 2015[18]; de brieven van de Brancheorganisaties Zorg (BoZ) – waarin verenigd zijn: Actiz, GGZ Nederland, NFU, NVZ en VGN – van 4 september 2014[19], van 12 september 2014[20] en van 19 januari 2015[21]. Ook hebben de leden van de CDA-fractie kennisgenomen van de brief van de KNMG aan de Minister van VWS over het Uitvoeringsbesluit Wkkgz.[22]

In de algemene inleiding op deze nadere memorie van antwoord heb ik al op hoofdlijnen gereageerd op deze brieven. Op andere plaatsen in deze nadere memorie van antwoord ga ik in op de diverse specifieke punten uit deze brieven. Ik verwijs de leden van de CDA-fractie naar die antwoorden.

De leden van de CDA-fractie vragen of de regering het eens is met de constatering van de LHV, KNMP, Ineen, KNOV, LVVP, ANT, NVM e.a. dat thans een goed functionerend, laagdrempelig, onafhankelijk en kostenefficiënt klachtensysteem bestaat.

De regering deelt deze constatering in haar algemeenheid niet. Er zijn zorgaanbieders waar de afhandeling van klachten goed is georganiseerd. Die zorgaanbieders handelen als het ware al voor een groot deel conform de Wkkgz. Het komt helaas nog te vaak voor dat klachtenafhandeling een voor de cliënt afstandelijk, procedureel geheel is; die wijze van behandelen gaat voorbij gaat aan de belevingswereld en behoeften van de cliënt. De onderzoeken waarnaar in de memorie van antwoord wordt verwezen, waaronder de evaluatie van de Wet klachtrecht cliënten zorgsector en de klachtencommissies, onderstrepen dit, evenals de geluiden die uw Kamer heeft ontvangen van organisaties van cliënten en de Consumentenbond. De regering is van mening dat een laagdrempelige behandeling van klachten, waarbij open communicatie met de cliënt centraal staat een belangrijke bijdrage kan leveren aan de kwaliteit van de zorgverlening en de zorgbeleving. De geringe kosten verbonden aan implementatie zijn naar het oordeel van de regering dan ook gerechtvaardigd.

De leden van de CDA-fractie en van de SP-fractie willen weten in hoeverre de uitspraken van de geschilleninstantie openbaar gemaakt worden, vooral voor zover het ongegronde klachten betreft en de namen van solistisch functionerende zorgaanbieders. Deelt de regering de mening dat dit – zeker bij ongegronde klachten- onnodig beschadigend kan werken voor de desbetreffende zorgaanbieder? Zou dit ook een nadelige invloed kunnen hebben op het melden van incidenten? Zo nee, kan de regering dan aangeven waarom niet?

De regering hecht aan openbaarmaking van de uitspraken van de geschilleninstantie(s). Een cliënt kan bijvoorbeeld deze informatie meenemen in zijn afweging om een vergelijkbare klacht al dan niet aan het oordeel van een geschilleninstantie voor te leggen. Deze informatie

---

[16] Ter inzage gelegd onder griffienummer 154168.04.
[17] Ter inzage gelegd onder griffienummer 148851.40.
[18] Ter inzage gelegd onder griffienummer 156329.01.
[19] Ter inzage gelegd onder griffienummer 148851.39.
[20] Brief BoZ over Consultatiereactie Uitvoeringsbesluit Wkkgz; ter inzage gelegd onder griffienummer 148851.43.
[21] Ter inzage gelegd onder griffienummer 154168.05.
[22] KNMG-reactie op consultatieversie van het Uitvoeringsbesluit Wkkgz (kenmerk HMe/13-14305).

draagt ook bij aan een zorgvuldige en consistente beoordeling door de geschilleninstanties. Om die reden is de geschilleninstantie verplicht om alle uitspraken (gegrond en ongegrond) openbaar te maken. De regering beoogt hiermee echter niet een onnodige inbreuk te maken op de meldingsbereidheid, privacy en reputatie van individuele zorgverleners. De Wkkgz voorziet hierin door de openbaarmaking zodanig te laten geschieden dat de uitspraken niet tot personen herleidbaar zijn. Dit geldt ook voor zorgaanbieders die solistisch werkzaam zijn. Voor het met de openbaarmaking te dienen doel, informatie aan burgers over de vraag hoe de geschilleninstantie bepaalde zaken beoordeelt, is het niet noodzakelijk dat daarbij wordt vermeld wie bij het geschil betrokken waren. De wet schrijft daarom voor dat daarbij de privacy van personen moet worden gewaarborgd; de wet waarborgt die privacy in elk geval voor de betrokken klagers en betrokken zorgverleners.

De leden van de CDA-fractie wijzen op het ontbreken van waarborgen in de klachtenregeling voor de rechtspositie van aangeklaagde zorgverleners en vragen om daarvoor waarborgen te creëren in de Uitvoeringsregeling Wkkgz. Deze leden vragen waarom waarborgen voor de positie van de aangeklaagde arts/zorgverlener, alsook basale eisen die aan het onderzoek van de klachtencommissie kunnen worden gesteld, zoals het beginsel van hoor en wederhoor, ontbreken.
Ook de leden van de SP-fractie vragen met welke waarborgen de positie van de aangeklaagde arts/zorgverlener wordt omkleed. Deze leden vrezen dat die positie door de Wkkgz wordt verzwakt en zij vrezen dat hierdoor openheid over gemaakte fouten wordt ondermijnd.
De leden van de CDA-fractie vragen een reactie op gemaakte opmerkingen over de klachtenregeling en de regeling met betrekking tot de instemming van medewerkers. Deze is nu bij wet geregeld via instemmingsrecht van de ondernemersraad, maar moet straks daarnaast via de zorgverleners zelf worden geregeld. De leden van de CDA-fractie vragen of de regering kan toelichten waarom dit wenselijk en niet onnodig complicerend is.

Uiteraard is het van belang dat een zorgaanbieder, bij het opstellen van de klachtenregeling op grond van de Wkkgz de voor hem werkzame zorgverleners daarbij betrekt. De rechtspositie van deze zorgverleners is naar de mening van de regering al afdoende gewaarborgd. Ik wijs op de volgende waarborgen:

- Op grond van de Wet op de ondernemingsraden (Wor) is medezeggenschap voor zorgverleners geregeld. Ook voor zorgaanbieders waarvoor de Wor niet geldt, mag verwacht worden dat deze, bij een voorgenomen klachtenregeling, de voor hem werkzame zorgverleners daarbij betrekken.
- De op grond van de Wkkgz verplichte klachtenfunctionaris is niet een functionaris die partij kiest voor de cliënt. De klachtenfunctionaris zal streven naar oplossingen voor onvrede en klachten van cliënten op een manier die zowel voor de cliënt als de zorgverlener bevredigend is.
- Het beginsel van hoor en wederhoor is een onderdeel van het vereiste uit artikel 16, eerste lid, Wkkgz: een klacht wordt zorgvuldig onderzocht.
- De zorgaanbieder is de normadressaat van de Wkkgz. Hij is degene die voor het handelen van de zorgverlener verantwoordelijk is en zal dat jegens de klager zo nodig moeten verdedigen dan wel gemaakte fouten voor zijn rekening moeten nemen.

In het standpunt, dat iedere waarborg voor de aangeklaagde zorgverlener zou ontbreken en de gewenste openheid bij het behandelen van klachten daarmee zou worden ondermijnd, herkent de regering zich niet. De waarborgen, zoals neergelegd in de Wkkgz en het Uitvoeringsbesluit

Wkkgz, voorzien in een zorgvuldige procedure en een onafhankelijke taakuitoefening van de klachtenfunctionaris, in lijn met de voorstellen van de KNMG. De regering acht het stellen van nadere eisen aan de klachtenregeling om die reden niet nodig. Voor zover de reactie van de KNMG duidt op de geschillenregeling, zij erop gewezen dat in de voorgenomen Uitvoeringsregeling Wkkgz enkele basiseisen voor erkenning van een geschilleninstantie zullen worden opgenomen, waaronder het beginsel van hoor en wederhoor. Hierbij zal aansluiting gezocht worden bij de Erkenningsregeling geschillencommissies consumentenklachten 1997.

De leden van de CDA-fractie menen dat de procedure voor veilig melden van incidenten in de zorg te weinig bescherming biedt voor melders tegen strafrechtelijke vervolging.

De leden van de SP-fractie vragen om commentaar op de passages uit de brief van de KNMG met betrekking tot de regeling van veilig melden van incidenten in de zorg en de bescherming voor melders tegen strafrechtelijke vervolging.

De KNMG stelt kort gezegd aan de orde dat het veilig kunnen melden cruciaal is voor de werking van een veilig-incidentmelden-systeem (VIM). Indien bij individuele zorgverleners vrees ontstaat dat hun VIM-melding gebruikt kan worden in een strafzaak tegen henzelf of een collega, kan dit hen volgens KNMG ervan weerhouden om, zeker bij ernstige zaken, een melding te doen. Daarom geeft de KNMG aan dat een wettelijke garantie dat de gegevens uit het VIM-systeem niet ook in strafzaken mogen worden gebruikt, noodzakelijk is.

Ik deel met de KNMG dat het, voor een goede werking van het VIM-systeem, van groot belang is dat individuele zorgverleners zich veilig voelen om te melden. Daarom is voorzien in een wettelijke bescherming (artikel 9, zesde lid, Wkkgz).

De regering is van mening dat de procedure om veilig incidenten te melden met voldoende waarborgen tegen het gebruik van gegevens ten behoeve van strafrechtelijke vervolging is omkleed. In de wet staat weliswaar dat gegevens uit het veilig-incidentmelden-systeem (VIM) in het uiterste geval wel voor het strafrechtelijk bewijs kunnen worden gebruikt, indien zij redelijkerwijs niet op een andere manier kunnen worden verkregen, maar dat betekent niet dat, als het strafrechtelijk bewijs niet op een andere manier kan worden verkregen, het Openbaar Ministerie (OM) gegevens uit het VIM kan opvragen als hem dat goed dunkt. Het OM zal alleen in zeer uitzonderlijke situaties overgaan tot vordering van informatie uit het VIM, en dan nog alleen als er sprake is van het vermoeden van een ernstig strafbaar feit[23]. Het gaat in medische strafzaken altijd om feiten waarbij sprake is van «opzet of schuld»[24]. Het OM moet het vermoeden van een strafbaar feit kunnen onderbouwen met feiten en omstandigheden. Vervolgens beoordeelt de officier of het indienen van een vordering bij de rechter-commissaris opportuun is. Hiervoor geldt een aantal voorwaarden. De officier zal daar alleen toe over gaan als de informatie niet op een andere, minder belastende wijze kan worden verkregen. Daarnaast blijft een vordering achterwege indien de ernst van het vermoedelijk gepleegde strafbare feit de vordering niet kan rechtvaardigen. Naast deze wettelijke waarborgen heeft het OM in zijn

---

[23] In medische strafzaken betreft dit feiten waarbij het vermoeden bestaat dat de patiënt als gevolg van het handelen door de zorgverlener (ernstig) lichamelijk letsel heeft opgelopen, dan wel schade is ontstaan aan de gezondheid dan wel de patiënt is komen te overlijden.

[24] Het bestanddeel «schuld» wordt ingevuld door grove nalatigheid: heeft de zorgverlener gehandeld zoals verwacht mag worden van een redelijk bekwaam zorgverlener?

«Aanwijzing feitenonderzoek/strafrechtelijk onderzoek en vervolging in medische zaken (2010A022)[25]» aanvullende waarborgen opgenomen voor het vorderen van informatie uit het VIM, vanwege het belang van het VIM voor het verbeteren van de kwaliteit van zorg. Het Openbaar Ministerie heeft bij het opstellen van de genoemde aanwijzing vooral de situatie voor ogen dat sprake is van een vermoeden van een ernstig strafbaar feit waarbij de medische behandeling of verzorging een rol speelt. Het medisch dossier speelt in het strafrechtelijke onderzoek dan een cruciale rol. Het kan hierbij overigens ook gaan om ontlastend bewijs. In het strafrechtelijke onderzoek kan het Openbaar Ministerie constateren dat er een verschil bestaat tussen de gegevens verkregen uit het medisch dossier en de processen-verbaal, bijvoorbeeld door andersluidende verklaringen van collega-zorgverleners. In het strafrechtelijke onderzoek, dat als doel de waarheidsvinding heeft, kan het dan noodzakelijk blijken om te overwegen of het noodzakelijk is om de VIM gegevens te vorderen. De officier dient allereerst over de noodzaak tot vorderen te overleggen met de parketleiding en vervolgens met het Expertisecentrum Medische Zaken. Als een vordering opportuun wordt geacht, moet de officier deze vervolgens indienen bij de rechter-commissaris, die de vordering toetst aan de beginselen van proportionaliteit en subsidiariteit. Als hieraan voldaan is zal de rechter-commissaris het bevel (gericht tot de zorginstelling) afgeven.

Door al deze waarborgen gaat het OM alleen dan tot vordering van gegevens over als deze noodzakelijk zijn als bewijs in het strafrechtelijke proces. Hiervan is bijvoorbeeld sprake als het medisch dossier tekortschiet en aanvullende gegevens uit het register kunnen worden gevorderd voor zover zij niet onder het (medisch) verschoningsrecht vallen[26] of als sprake is van tegenstrijdige verklaringen.
Gezien deze waarborgen, waardoor het OM feitelijk alleen in zeer uitzonderlijke gevallen informatie uit het VIM kan opvragen, ziet de regering geen noodzaak tot wijziging van de wet op dit punt.

De leden van de CDA-fractie stellen vragen met betrekking tot informatieverstrekking over een incident aan een cliënt. Deelt de regering de mening dat er sprake is van tegenstrijdigheden tussen de bepalingen in de wet enerzijds en de tekst van memorie van antwoord anderzijds en dat er onzekerheid voor de zorgverlener blijft bestaan met betrekking tot de inzage voor de cliënt en de consequenties daarvan voor het veilig melden?

De regering ziet geen tegenstrijdigheid. Het gaat namelijk om twee verschillende dingen. Aan de ene kant openheid richting de cliënt over alles wat hem en zijn behandeling aangaat. En aan de andere kant een systeem van veilig melden, zodat van fouten kan worden geleerd. Het één hoeft het ander niet uit te sluiten. Op grond van de wet moet aan de cliënt onverwijld melding worden gedaan van incidenten die voor de cliënt merkbare gevolgen (kunnen) hebben. Dit is belangrijk, omdat alleen wanneer de cliënt beschikt over alle relevante informatie, hij een gelijkwaardige gesprekspartner van de zorgverlener kan zijn. Daarnaast is het ook belangrijk dat (bijna) incidenten in een centraal register worden bijgehouden, zodat een totaalbeeld ontstaat en er van fouten kan worden geleerd. Juist om het belang van het veilig-incidentmelden-systeem te benadrukken, biedt het wetsvoorstel waarborgen om ervoor te zorgen dat geen informatie uit het systeem wordt gehaald (artikel 9, zesde lid).

[25] Zie: http://www.om.nl/organisatie/beleidsregels/overzicht/medisch.
[26] Tweede Kamer, vergaderjaar 2010–2011, 32 402, nr. 6, p. 45.

Graag ontvangen de leden van de CDA-fractie een reactie van de regering op de onduidelijkheid respectievelijk mogelijke complicatie met betrekking tot de relatie meldingsplicht en het nemo-teneturbeginsel. In de Memorie van antwoord staat vermeld dat er volgens de Wkkgz geen meldingsplicht is. Volgens de vaste jurisprudentie van de tuchtrechter wordt deze echter geacht te behoren tot de professionele standaard, en is deze dus conform de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (Wgbo) verplicht. Ook zorgaanbieders kunnen eisen in dezen stellen. De leden van de CDA-fractie vragen of de regering de conclusie van de BoZ in dezen onderschrijft en of hier sprake van tegenstrijdigheid in wetgeving (Wkkgz, Wgbo onder andere).
De leden van de SP-fractie vragen om commentaar op passages uit de brieven van de BoZ met betrekking tot de regeling van veilig melden van incidenten in de zorg en de bescherming voor melders tegen strafrechtelijke vervolging, in relatie tot het nemo-teneturbeginsel.

De BoZ stelt kort gezegd aan de orde dat de meldplicht tot de professionele standaard van zorgverleners behoort en dat de jurisprudentie van de tuchtrechter dit bevestigt. Ook de modeltoelatingsovereenkomst van de NVZ en de OMS voorziet in een verplichting tot melden voor zorgverleners. Daarnaast kennen zorgaanbieders interne regelingen waaruit een arbeidsrechtelijke verplichting voortvloeit om te melden. De Wkkgz verplicht zorgaanbieders ook tot het hebben van een interne regeling. De BoZ vindt daarom dat er feitelijk een plicht op zorgverleners rust om te melden en vindt daarom dat het nemo-teneturbeginsel ook van toepassing is op meldingen in het kader van het veilig-incidentmelden op grond van de wet.
De BoZ vraagt of het nemo-teneturbeginsel niet toch van toepassing is op de zorgverleners die op grond van arbeidsrechtelijke verhouding en tuchtrecht gehouden zijn om intern te melden,

Kernelement uit de jurisprudentie van het Europese Hof voor de rechten van de mens over het nemo-teneturbeginsel is, dat het moet gaan om verklaringen van betrokkene die onder dwang zijn verkregen. Van dwang is in ieder geval sprake wanneer een persoon van overheidswege wordt verplicht bepaalde informatie te verstrekken en van overheidswege kan worden bestraft wanneer hij niet aan deze plicht voldoet. Een dergelijke verplichting tot het melden van incidenten wordt in artikel 9 van de Wkkgz niet aan individuele zorgverleners opgelegd. In de situatie van artikel 9 van de Wkkgz zal wel sprake kunnen zijn van een arbeidsrechtelijke verplichting tot het doen van een interne melding; bij een dergelijke interne arbeidsrechtelijke meldplicht staat voorop dat het gaat op een melding die ten doel heeft te komen tot verbetering van de kwaliteit van zorg; om die reden schermt artikel 9 die informatie dan ook in beginsel af van gebruik voor andere doelen. De vraag waar het om gaat is dan of in het uitzonderlijke geval dat op de afscherming van de gegevens met een beroep op artikel 9, zesde lid, tweede volzin, van de Wkkgz inbreuk zou worden gemaakt voor een strafrechtelijke procedure, niet toch sprake zou kunnen zijn van strijdigheid met het nemo-teneturbeginsel.
Uit de huidige jurisprudentie van het Europese Hof kan niet worden afgeleid dat van een mate van dwang die het nemo-teneturbeginsel «activeert», al sprake zou kunnen zijn wanneer een individuele zorgverlener arbeidsrechtelijk – in de relatie met de werkgever – gehouden is incidenten te melden of dat een dergelijke gehoudenheid voortvloeit uit algemene tuchtrechtelijke normen. In die gevallen waarin strafrechtelijke vervolging aan de orde zou zijn, waarvan in het kader van het veilig-incidentmelden alleen in een uitzonderlijk geval sprake is, is het aan de officier van justitie en – in laatste instantie – aan de rechter om te beoordelen in hoeverre het beginsel van nemo tenetur aan gebruik van het desbetreffende bewijsmateriaal in de weg staat.

Dat leidt mij tot de conclusie dat afdoende is gewaarborgd dat geen sprake is van tegenstrijdigheid in wetgeving en dat het nemo-teneturbeginsel bij de toepassing van artikel 9 van de Wkkgz niet tot complicaties behoeft te leiden.

De leden van de CDA-fractie vragen of voor de huisartsenzorg de verplichting blijft bestaan om naast de geschillencommissie ook de klachtencommissie en/of klachtenfunctionaris in stand te houden?

Voor alle aanbieders van Zvw-, Wlz- en andere zorg, waaronder dus ook de huisartsenzorg, geldt de verplichting om in een regeling voor klachtenbehandeling te voorzien en een klachtenfunctionaris aan te wijzen, evenals de verplichting tot aansluiting bij een onafhankelijke geschilleninstantie. De verplichting tot het aanstellen van een klachtencommissie komt te vervallen.

De leden van de CDA-fractie menen dat sprake is van onduidelijkheid over de status van de professionele standaard naar aanleiding van de definitie van de professionele standaard (artikel 1) en de definitie goede zorg (artikel 2). Ook vragen deze en de leden van de SP-fractie naar de definities van kwaliteitsstandaard, professionele standaard, goede zorg en gepaste zorg, en verzoeken de regering aan te geven welke lacunes op welke manier zijn aangepakt respectievelijk aangepakt gaan worden.

Tijdens de behandeling in de Eerste Kamer van de Wet van 11 december 2013 (33 243) waarmee het Zorginstituut Nederland in het leven is geroepen is gesproken over de begripsomschrijving van professionele standaard. In dit debat is toegezegd de term professionele standaard uit het wetsvoorstel te schrappen en te vervangen door een nieuwe term, namelijk kwaliteitsstandaard.[27] In het verlengde daarvan wordt ook de definitie van goede zorg zodanig aangepast dat verwezen wordt naar de professionele standaard waaronder de kwaliteitsstandaard. Deze door mij toegezegde wetswijziging loopt mee in de Veegwet VWS 2015.
Een kwaliteitsstandaard is een (onderdeel van een) professionele standaard die is opgenomen in het openbaar register van het Zorginstituut. Een kwaliteitsstandaard wordt opgenomen in dit register als deze voldoet aan het toetsingskader van het Zorginstituut, waaronder een gezamenlijke voordracht van de standaard door organisaties van cliënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars.
Ik zie geen licht tussen de begrippen goede zorg en gepaste zorg. In de definitie van goede zorg is opgenomen dat de zorg doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht is, waarbij zorgverleners handelen in overeenstemming met de professionele standaard, waaronder de kwaliteitsstandaard. Deze aspecten zijn gelijk aan het begrip gepaste zorg, dat gaat over noodzakelijke effectieve en doelmatige zorg. Kern van beide begrippen goede zorg en gepaste zorg is dat in dialoog tussen zorgverlener en cliënt de meest passende en doelmatige behandeling wordt gekozen (shared decision making).

De taak van het Kwaliteitsinstituut is om versnelling aan te brengen in de ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden en instrumenten om de kwaliteit van zorg te kunnen meten. Met de term lacune worden nog ontbrekende kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten bedoeld. In 2014 zijn 8 kwaliteitsstandaarden en 49 meetinstrumenten opgenomen in het Register van het Kwaliteitsinstituut. Naar verwachting worden in 2015 circa 300 richtlijnen van de Federatie van Medische Specialisten tripartiete

[27] Handelingen I, 2013/14, 33 243, nr. 11, item 8 en zie in dit verband ook Kamerstukken I, 2013/14, 33 243, F, Kamerstukken I, 2013/14, 33 243, nr. G en Kamerstukken I 2013/14, 32 402, I, blz. 17 en 18.

(aanbieders, cliënten en verzekeraars) aangeboden en geregistreerd. In het kader van het door mij uitgeroepen jaar van de transparantie komt informatie over kwaliteit van de 30 meest relevante aandoeningen versneld beschikbaar.

De leden van de CDA-fractie verzoeken de regering te reageren op het gebruik van gegevens voor landelijke kwaliteitsregistraties.

De KNMG doelt hierbij op artikel 9 van de Wkkgz dat intern gemelde incidenten betreft. De KNMG is van mening dat de kwaliteit van zorg er bij gebaat is als de regeling ook uitdrukkelijk gebruik van patiëntengegevens voor landelijke kwaliteitsregistraties toestaat.
Ik deel de mening van KNMG dat het systematisch landelijk registreren van kwaliteitsgegevens een methode is om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Data over het handelen van zorgverleners worden verzameld en de uitkomsten hiervan worden gepubliceerd en teruggekoppeld aan de zorgverleners. Dat maakt zorgverleners bewust van de eigen manier van werken en biedt een basis om gericht verbetertrajecten in te zetten, collectief of individueel.

Het is op grond van artikel 9 Wkkgz niet toegestaan om gegevens uit het veilig-incidentmelden-systeem te gebruiken voor andere doeleinden dan in een veilige omgeving leren van incidenten. Het vullen van landelijke kwaliteitsregistraties met gegevens uit het veilig-incidentmelden-systeem is dus niet toegestaan.
Wel is het mogelijk om gegevens uit het algemene kwaliteitssysteem van de zorgaanbieder, op grond van artikel 7 Wkkgz, te gebruiken voor dergelijke landelijke registraties. Op grond van artikel 7 Wkkgz is de zorgaanbieder verplicht om zorg te dragen voor systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van de zorg en daartoe op systematische wijze gegevens betreffende de kwaliteit van de zorg te verzamelen en te registreren.

De leden van de CDA-fractie vragen naar de rechtmatigheid van de geschillenregeling in het licht van het Europees Recht.

In hun positionpaper van 3 september 2014 stellen de KNMG, de NVZ, de NFU en het Verbond van Verzekeraars dat de geschillenregeling in strijd zou zijn met het Europees verdrag voor de rechten van de mens (EVRM), omdat zorgaanbieders gedwongen zijn de weg van de geschilleninstantie te volgen indien de patiënt voor die route kiest.

In de memorie van antwoord is al opgemerkt dat uiteraard de zorgaanbieder gehouden is de weg van de geschilleninstantie te volgen indien de cliënt daarvoor gekozen heeft. Echter, het staat zowel de zorgaanbieder als de cliënt vervolgens vrij om, met het bindend advies van de geschillencommissie in de hand, naar de burgerlijke rechter te stappen. Als één van de partijen bijvoorbeeld vindt dat niet is voldaan aan de eisen van een behoorlijke procedure (denk aan deskundigheidseisen, onafhankelijkheid en onpartijdigheid, hoor- en wederhoor en dergelijke) of dat het bindend advies niet deugdelijk is gemotiveerd, kan hij de rechter vragen het bindend advies opzij te leggen en zelf uitspraak te doen. De rechter zal in beginsel slechts toetsen of het bindend advies zorgvuldig tot stand is gekomen en niet onredelijk is. De regering is ervan overtuigd dat de geschillenregeling zoals deze is vormgegeven in dit wetsvoorstel, de toets der rechtmatigheidskritiek kan doorstaan, ook in het licht van het Europese recht. De regering hecht eraan hier nogmaals te memoreren dat ook de Raad van State eventuele strijdigheid met het EVRM of de Grondwet kennelijk niet aan de orde vond en er geen opmerkingen over maakte in zijn advies.

Ten aanzien van het Uitvoeringsbesluit Wkkgz ontvangen de leden van de CDA-fractie graag een reactie van de regering op een aantal punten.

Bij de beantwoording van deze vragen wordt op verzoek van de leden van de CDA-fractie tevens ingegaan op de punten van de diverse belangenorganisaties ten aanzien van het Uitvoeringsbesluit Wkkgz, zoals neergelegd in hun brieven aan uw Kamer.

Ten eerste vragen de leden van de CDA-fractie te reageren op het voorstel van de KNMG om de regels met betrekking tot meldingen bij de IGZ onder te brengen in een apart Besluit meldingen.

De KNMG pleit daar, kort gezegd, voor omdat de benaming van het Uitvoeringsbesluit Wkkgz niet duidelijk aangeeft dat hierin regels zijn opgenomen die eerder in de Leidraad Meldingen IGZ 2013 stonden. De KNMG merkt verder op dat zorgverleners ook moeten bedenken dat zij voor onder meer de termijnen die gelden, ook nog in de Beleidsregels bestuurlijke boete van de Minister moeten kijken.
De Wkkgz bevat in artikel 11 de wettelijke basis voor het doen van verplichte meldingen, welke voorheen in de Kwaliteitswet zorginstellingen was opgenomen; in artikel 25 is de taak van de IGZ met betrekking tot het onderzoeken van verplichte en niet-verplichte meldingen geregeld, welk onderwerp voorheen niet was geregeld. De niet op een wettelijke delegatiegrondslag berustende Leidraad meldingen IGZ 2013 bevatte regels over het doen van verplichte meldingen en het behandelen van alle meldingen door de IGZ. De Leidraad meldingen IGZ 2013 komt met de inwerkingtreding van de Wkkgz te vervallen.
De regering is van mening dat het met het oog op transparantie en toegankelijkheid van regelgeving voor de betrokkenen aanbeveling verdient om alle regels die worden gesteld op grond van dezelfde wet in beginsel op te nemen in één amvb. Er is geen reden daarvan af te wijken voor de regels over het doen van meldingen bij en het behandelen van meldingen door de IGZ. De beleidsregels waarnaar de KNMG verwijst, zijn van andere aard dan de regels over meldingen. De beleidsregels regelen de wijze waarop de Minister in geval van overtreding van wettelijke regels in beginsel zal handelen (qua beboeten); deze beleidsregels betreffen niet alleen de overtreding van de wettelijke meldplicht van de Kwaliteitswet zorginstellingen (en straks de Wkkgz), maar ook overtreding van een groot aantal andere wettelijke regels. Deze beleidsregels, die betrekking hebben op de wijze waarop de Minister zijn bevoegdheid gebruikt, passen naar hun aard niet in de amvb op grond van de Wkkgz. Wel zullen de beleidsregels nog worden aangepast in verband met het vervallen van de kwaliteitswet en de Wkcz. Voor de duidelijkheid is thans in de toelichting op het Uitvoeringsbesluit Wkkgz een verwijzing naar deze beleidsregels opgenomen.

Ten tweede vragen de leden van de CDA-fractie om een reactie op de suggestie van veldpartijen om de definitie van «zorgverlener» in de AMvB aan te passen, omdat met de definitie de categorie artikel 34- zorgverleners niet onder de geregistreerde en niet onder de niet-geregistreerde zorgverleners zou vallen.

Uit de opmerking van veldpartijen bleek dat verwarring ontstond door de definitie van geregistreerde zorgverlener in de amvb. Daarom is bij nader inzien besloten de definitie van geregistreerde zorgverlener in de amvb te schrappen, en is in artikel 8.12 van de amvb expliciet aangeven welke zorgverleners door de Inspectie in elk geval voor een gesprek uitgenodigd worden; dat betreft de zorgverleners die zijn opgenomen in een register als bedoeld in artikel 3 van de Wet big.

Ten derde vragen de leden van de CDA-fractie te reageren op het pleidooi van brancheorganisaties van aanbieders om de bepalingen over de Verklaring over gedrag (VOG) te laten aansluiten bij wat nu al geldt in de gehandicaptensector: de afspraak in een convenant waarin de VOG-verplichting is opgenomen.

Brancheorganisaties van aanbieders vragen de VOG-verplichting verder te beperken tot de gehandicaptenzorg, in aansluiting op de afspraak in een convenant in deze sector waarin de VOG-verplichting is opgenomen. Zij schatten de risico's bij de sectoren ouderenzorg en GGZ lager in en adviseren om in deze sectoren de VOG-verplichting niet te laten gelden. De cliëntenorganisaties pleiten juist voor een breder bereik; zij vragen om ook een VOG-verplichting voor huidige werknemers en vrijwilligers.
Uit ervaring van de IGZ blijkt echter dat juist in de intramurale GGZ-zorg relatief veel meldingen van grensoverschrijdend gedrag binnenkomen. In de ouderenzorg (ook extramuraal) zijn er signalen in de media van diefstal en financiële uitbuiting. Voor de regering is dit afdoende reden om ook voor de Wlz-ouderenzorg en GGZ-intramurale zorg de VOG-verplichting te laten gelden.
Met het huidige voorstel voor de VOG-verplichting doet de regering recht aan de bedoelingen van het amendement waarin wordt gepleit voor maatwerk bij het opleggen van de VOG-verplichting. Het voorstel houdt het midden tussen de wens van brancheorganisaties en die van cliëntenorganisaties.

Ten vierde vragen de leden van de CDA-fractie om een reactie op het advies van BOZ om artikel 4.1 met betrekking tot het veilig toepassen van medische technologie te schrappen, omdat dat overbodig zou zijn.
De leden van de CDA-fractie vragen een reactie op gemaakte opmerkingen over de opportuniteit van de nieuwe regels met betrekking tot het veilig toepassen van medische technologie. Waarom worden deze tot op ministerieel niveau gedelegeerd en is dit wettechnisch wel mogelijk?

De regering hecht er aan de bepaling, en daarmee de mogelijkheid om zo nodig nadere regels te stellen, te behouden. Zij wordt daarin, blijkt uit de consultatie, ondersteund door ZN, KNMT en de NPCF. Het is belangrijk dat zorgaanbieders zich voldoende bewust zijn van de risico's bij de toepassing van medische technologie en van wat er bij komt kijken om de veilige toepassing van medische technologie goed te regelen. De IGZ heeft geconstateerd dat veel zorgaanbieders in de praktijk daar onvoldoende aandacht aan besteden. In de ziekenhuissector is hierover inmiddels een convenant gesloten[28]. Ziekenhuizen moeten zich nu houden aan de afspraken uit dit convenant. Ook buiten de ziekenhuizen zullen veldpartijen initiatieven moeten nemen ten behoeve van veilige toepassing van medische technologie.
Artikel 4.1 Uitvoeringsbesluit Wkkgz en de mogelijkheid om op grond daarvan ministeriële regels te stellen is noodzakelijk om de zorgaanbieders in de goede richting te bewegen, de IGZ meer aangrijpingspunten voor toezicht te geven en een stok achter de deur te hebben, mochten zorgaanbieders in bepaalde sectoren onvoldoende initiatieven ter

[28] Eind 2011 hebben de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, Nederlandse Federatie van Universitaire Medische Centra en Revalidatie Nederland een convenant «Veilige toepassing medische technologie in het ziekenhuis» opgesteld. Het convenant richt zich op de levenscyclus van medische technologie in het ziekenhuis, van invoering en toepassing tot afstoting. Uitgangspunt hierbij is de eindverantwoordelijkheid van de raden van bestuur voor de kwaliteit en veiligheid van de zorg. Dit convenant draagt als veldnorm bij aan de totstandkoming van een Veiligheidsmanagementsysteem (VMS). Daarbij geeft het convenant ondersteuning en invulling aan de risicobeheersing en veilige toepassing van medische technologie in de directe patiëntenzorg. Met ingang van 2013 ziet de Inspectie voor de Gezondheidszorg (Inspectie) toe op de naleving hiervan.

verbetering nemen. Hiermee komt de regering onder meer tegemoet aan de motie Van Miltenburg/Van der Veen[29].
Artikel 5 van de Wkkgz maakt met de daarvoor gebruikelijke formulering «bij of krachtens algemene maatregel van bestuur» doordelegatie naar een regeling uitdrukkelijk mogelijk.

Ten vijfde vragen de leden van de CDA-fractie naar een reactie op het advies van veldpartijen over de klachtenregeling die de zorgaanbieder op grond van artikel 13 Wkkgz ten minste zou moeten treffen.
De leden van de CDA-fractie vragen daarbij toelichting te geven op de onafhankelijkheid van de klachtenfunctionaris: wordt deze los van de instelling geplaatst en gaat dat verder dan «professionele autonomie?
Ook vragen deze leden naar consistentie in terminologie, dubbeling of mogelijk conflicterende regeling, vooral voor zorgaanbieders voor wie de Wzd respectievelijk de Wet verplichte ggz gaat gelden; deze moeten naast de klachtenfunctionaris ook een cliëntenvertrouwenspersoon hebben.

Het advies van de KNMG is dat de klachtenregeling:
– tot stand komt met instemming van de voor of in opdracht van de zorgaanbieder werkzame zorgverleners;
– waarborgt dat bij het onderzoek naar de klacht geen personen zijn betrokken op wier gedraging de klacht rechtstreeks betrekking heeft;
– waarborgen treft voor de deskundigheid en de onafhankelijke oordeelsvorming van degenen die bij het onderzoek naar de klacht zijn betrokken;
– waarborgt dat klager en aangeklaagde(n) de gelegenheid krijgen om in het onderzoek naar de klacht hun standpunten in te brengen en relevante informatie aan te dragen waarbij het beginsel van hoor en wederhoor in acht wordt genomen.

Over de betrokkenheid van de zorgverleners bij de totstandkoming van de klachtenregeling heb ik hierboven al antwoord gegeven in reactie op vragen van de leden van de CDA-fractie.

De waarborgen, zoals neergelegd in het Uitvoeringsbesluit Wkkgz, zullen voorzien in een zorgvuldige procedure en een onafhankelijke taakuitoefening van de functionaris, in lijn met bovenstaande voorstellen van de KNMG.

Het is op grond van de Wkkgz niet noodzakelijk dat de klachtenfunctionaris geheel los van de zorgaanbieder wordt geplaatst. Deze kan in dienst zijn van de zorgaanbieder.
Essentieel in dit verband is dat de functionaris zijn werkzaamheden vanuit een onafhankelijke positie kan verrichten, zonder inhoudelijke inmenging door de zorgaanbieder. Van belang is dat sprake is van een functieprofiel, waaruit deze onafhankelijkheid blijkt. Voor de positie, taken en (opleidings)vereisten van de functionaris zij verwezen naar de desbetreffende beroepsprofielen, zoals dat van de Vereniging van Klachtenfunctionarissen in Instellingen voor Gezondheidszorg (VKIG)[30] dat recent herzien is, mede naar aanleiding van de recente ontwikkelingen binnen het klachtrecht.

De praktijk kent diverse benamingen voor de functionaris zoals voorgeschreven in artikel 15 Wkkgz, zoals klachtenfunctionaris, patiëntvertrouwenspersoon, klachtenbemiddelaar en cliëntvertrouwenspersoon. Voor zover de invulling van de functie voldoet aan de eisen, kunnen binnen de diverse sectoren meerdere benamingen of beroepsprofielen voldoen.

[29] Kamerstukken II 2008/09, 31 700 XVI, nr. 47.
[30] http://www.vkig.nl/het-beroep/beroepsprofiel.

Gelet op het gebruik van verschillende terminologieën is gekozen voor een taakgerichte omschrijving van de functie in de Wkkgz. Het betreft in de praktijk een veelzijdige functie, waarbij de werkzaamheden kunnen variëren. Ter illustratie kan gedacht worden aan werkzaamheden zoals eerste (emotionele) opvang, ondersteuning bij het formuleren van de klacht, voorlichting over de diverse klachtmogelijkheden, adviseren over kwaliteitsverbeteringen, bemiddeling en mogelijkheden voor oplossingen onderzoeken al dan niet met inschakeling van deskundigen. In alle varianten dient het streven naar een duurzame oplossing en herstel van de relatie voorop te staan, in samenhang met het kwaliteitsbeleid van de zorgaanbieder. De functionaris is in die zin gericht op zowel de klager als degene tegen wie de klacht is gericht.
Zorgaanbieders op wie de Wet bopz, en later de Wzd of Wvggz van toepassing is, kunnen ervoor kiezen de functie cliëntvertrouwenspersoon uit de Wet bopz/Wzd/Wvggz en klachtenfunctionaris uit de Wkkgz met elkaar te combineren.

Ten zesde wordt door de leden van de CDA-fractie gevraagd naar een reactie op het advies voor een actualisatie van de Leidraad meldingen IGZ 2013 in verband met onder andere problemen met betrekking tot het verstrekken van persoonsgegevens van zorgverleners, het gebrek aan consistentie met betrekking tot de termijnen en tegenstrijdigheden tussen de Leidraad en het door IGZ gevoerde beleid.
De leden van de CDA-fractie vragen een reactie op door veldpartijen gemaakte opmerkingen over de onduidelijkheden met betrekking tot de termijnen waarbinnen de verplichte meldingen moeten plaatsvinden.

De IGZ heeft in antwoord op de vragen van veldpartijen over de nieuwe «Leidraad meldingen IGZ 2013», waar de leden van de CDA-fractie aan refereren, op 13 maart 2014 een brief gestuurd aan de diverse brancheorganisaties, waarin antwoord is gegeven op deze vragen. Met betrekking tot het verstrekken van persoonsgegevens van zorgverleners heeft de IGZ aangegeven dat zij op grond van de Leidraad meldingen IGZ 2013 bij de melding van een calamiteit geïnformeerd wil worden over de functie van de betrokken zorgverlener(s). Alleen als de bestuurder zorgen heeft over het individueel functioneren van betrokkene(n), als er sprake is van onverantwoord gedrag of als een beroepsbeoefenaar bij herhaling bij een gelijksoortige calamiteit betrokken is, wil de IGZ ook de naam en het BIG-registratienummers van de betrokkene(n). Deze lijn komt voort uit de IGZ-publicatie Staat voor de gezondheidszorg 2013, gericht op het functioneren van beroepsbeoefenaren in de zorg.
Ten aanzien van de consistentie met betrekking tot de termijnen heeft de IGZ aangegeven dat de «Beleidsregels bestuurlijke boete Minister VWS» aangeven dat zorgaanbieders zes weken de tijd hebben om te onderzoeken of het bij een incident gaat om een calamiteit cq seksueel misbruik. Op het moment dat de zorgaanbieder vaststelt dat daadwerkelijk sprake is van een calamiteit dan wel seksueel misbruik, dient dit op grond van de Wkkgz onverwijld (binnen drie werkdagen) te worden gemeld aan de inspectie. Het niet (tijdig) melden van een calamiteit dan wel seksueel misbruik is bestuurlijk beboetbaar.
Nadat de calamiteit bij de IGZ is gemeld, krijgt de zorgaanbieder een ontvangstbevestiging waarin staat dat de zorgaanbieder zes weken de tijd heeft om een rapportage te maken over de calamiteit. Als die zes weken niet voldoende zijn, kan de zorgaanbieder gemotiveerd om uitstel vragen. De bovengenoemde termijnen zijn in de (toelichting van de) het Uitvoeringsbesluit Wkkgz verduidelijkt.

De bovenstaande punten zijn in overeenstemming met de genoemde brief van de Inspectie van 13 maart 2014 opgenomen in de regeling voor

(niet-)verplichte meldingen aan de Inspectie in het Uitvoeringsbesluit Wkkgz, die in de plaats komt van de Leidraad.

De leden van CDA-fractie en de SP-fractie hebben vragen gesteld over een bereidheid van de regering om te voorzien in de financiering van de kosten ter instandhouding van de geschilleninstanties.

De regering hanteert het uitgangspunt dat zorgaanbieders, gelet op hun verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg, de kosten van de instandhouding van de geschilleninstantie zelf moeten dragen. Dit uitgangspunt wordt in de huidige praktijk van geschilbeslechting overigens ook breed in andere sectoren omarmd. Denk in dit verband aan de financiële sector, de telecommunicatie en de energiesector. Bovendien kunnen partijen ten aanzien van de verdeling van de kosten verschillende modaliteiten afspreken. Partijen kunnen bijvoorbeeld onderling overeenkomen dat in geval van een gegrondverklaring de kosten ten laste van een individuele zorgaanbieder komen. Ook is het mogelijk dat kosten (deels) collectief door de beroepsgroep gedragen worden.
De regering merkt tot slot hierover op dat de vergelijking met de rechtspraak niet opgaat. Afgezien van het feit dat deze vorm van geschilbeslechting buiten het kader van rechtspraak valt, is een burger die een gerechtelijke procedure instelt, griffierechten verschuldigd en kan hij worden veroordeeld tot vergoeding van proceskosten.

De leden van de CDA-fractie vragen een reactie op gemaakte opmerkingen over de rechtspositie van de zorgaanbieder bij het opstellen van inspectierapporten.

Bij conceptrapportages van de IGZ is het ook voor de zorgaanbieder van het grootste belang dat de geconstateerde feiten kloppen. De regering benadrukt dat de IGZ met een conceptrapport in alle gevallen de relevante feiten voorlegt aan de melder, de zorgaanbieder en andere personen die gehoord zijn tijdens het onderzoek, met als doel dat zij eventuele feitelijke onjuistheden kunnen aangeven. Door de voorlegging van het feitenmateriaal aan de zorgaanbieder wordt deze in staat gesteld daarop zijn zienswijze te geven. Dat heeft een belangrijke functie. Als de feiten zijn vastgesteld is het aan de IGZ als onafhankelijk toezichthouder om daaraan haar professionele oordeel te verbinden in de vorm van conclusies en maatregelen.

De leden van de CDA-fractie vragen een reactie op gemaakte opmerkingen over de diverse onduidelijkheden respectievelijk onwenselijkheden met betrekking tot «meldingen ontslag/ontbinding bij ernstig tekortschieten». Vooral ontvangen deze leden graag een reactie op de opmerkingen die laten zien hoe de bepalingen met betrekking tot het melden niet (!) voorkómen dat een medewerker die ernstig tekort schiet, elders gemakkelijk weer aan de slag kan en waarom de regering de gelegenheid niet heeft aangegrepen om de kansen daartoe in het wetsvoorstel respectievelijk het uitvoeringsbesluit te «verzilveren».

In de consultatiereactie van de BoZ en andere partijen zijn opmerkingen gemaakt over een aantal aspecten verbonden aan de regeling van de melding van ontslag bij ernstig tekortschieten in het functioneren. Deze punten hebben op onderdelen geleid tot aanpassing van artikelen en de toelichting op het Uitvoeringsbesluit Wkkgz. Ik ga hierna op de belangrijkste punten in.

– Bij BoZ bestaat onduidelijkheid over de conclusies die een zorgaanbieder zou kunnen trekken uit de informatie die de IGZ verstrekt op grond van artikel 25 van de wet en artikel 8.29 van het Uitvoeringsbesluit. Hierover het volgende. De door de IGZ te verstrekken informatie moet

zich beperken tot de mededeling of van betrokkene op enig moment in het verleden (maximaal vijf jaar geleden) is vastgesteld dat deze een risicofactor vormde of zou kunnen vormen. Daarmee is niets gezegd over de geschiktheid van betrokkene op het moment waarop de informatie wordt opgevraagd. Het is niet gewenst en zou getuigen van onzorgvuldigheid dat de IGZ gaat speculeren over risico's op herhaling van ernstig tekortschieten; de IGZ moet zich beperken tot datgene dat zij in de afgelopen periode heeft vastgesteld. Op basis van deze informatie is het vervolgens de taak en de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder (en niet die van de IGZ) om, bijvoorbeeld naar aanleiding van een nader gesprek met de sollicitant, in te schatten of er risico's zijn die van invloed zijn op de vraag of de zorgaanbieder de sollicitant wil aannemen.

– De BoZ en KNMG vinden het onlogisch dat de IGZ bij een melding in verband met disfunctioneren wel standaard een gesprek voert met artikel 3-BIG-geregistreerde zorgverleners, maar niet standaard een gesprek voert met alle overige zorgverleners. Hierover het volgende. Deze opmerking heeft niet geleid tot aanpassing van het Uitvoeringsbesluit. De IGZ heeft niet voldoende capaciteit om standaard met alle zorgverleners gesprekken te voeren. De risico's voor de patiëntveiligheid bij artikel 3-BIG-geregistreerden zijn het grootst omdat zij voorbehouden handelingen mogen verrichten. Er wordt natuurlijk wel zo nodig een gesprek met een niet-BIG-geregistreerde zorgverlener gevoerd als er op basis van de melding reden is om aan te nemen dat betrokkene een ernstig risico vormt voor de veiligheid van cliënten of de zorg.
– De BoZ wijst erop dat het systeem van het Uitvoeringsbesluit om navraag te doen naar de geschiktheid van een zorgverlener niet waterdicht is. Hierover het volgende. Dat het systeem waterdicht zou moeten zijn, wordt niet beoogd. De wet laat de verantwoordelijkheid voor het aantrekken van geschikte zorgverleners aan de zorgaanbieder. Met het systeem van melding en onderzoek van ontslag van zorgverleners die ernstig zijn tekortgeschoten in hun functioneren, en de mogelijkheid voor zorgaanbieders om – naast andere mogelijkheden, zoals het vragen van een VOG, het voeren van gesprekken, het inwinnen van referenties – daarover navraag te doen bij de IGZ, wordt niet meer beoogd dan voor zorgaanbieders een extra mogelijkheid te creëren om te kunnen nagaan of betrokkene geschikt te achten is voor zijn werk. Het bestaan van deze navraagmogelijkheid, waarvan betrokkene op de hoogte zal kunnen worden gesteld, is waarschijnlijk ook een belangrijk preventief werkende prikkel voor sollicitanten om openheid van zaken te geven dan wel van bepaalde werkzaamheden af te zien.

De leden van de CDA-fractie stellen dat de definitie van kwaliteit van zorg in onderhavig wetsvoorstel af zou wijken van kwaliteitsdefinities in andere zorgwetgeving en vragen of de regering kan preciseren wat verstaan moet worden onder de «reële behoefte van de cliënt» en op basis waarvan tot de conclusie is gekomen dat het uitgesloten is dat dit op gespannen voet kan komen te staan met de professionele standaard van de zorgverlener.

Allereerst zij erop gewezen dat de zinsnede «reële behoefte van de cliënt» niet nieuw is, maar rechtstreeks is overgenomen uit artikel 2, eerste lid, Kwaliteitswet zorginstellingen. Ook de intentie van de zinsnede blijft onveranderd. Het is juist onderdeel van de professionele standaard dat zorg cliëntgericht wordt verleend en afgestemd is op de reële behoefte van de cliënt. De zinsnede biedt de ruimte aan de cliënt om te participeren in de besluitvorming en om in de gevallen waarin de cliënt daaraan behoefte heeft met de zorgverlener / behandelaar samen te beslissen over de beste behandeling of zelf ook actief bij te dragen aan herstel of

omgang met de aandoening. Een dergelijke aanpak leidt in mijn overtuiging tot een uitkomst van de zorg die de best mogelijke match vormt tussen de deskundigheid van de hulpverlener en de opvattingen en preferenties van de cliënt. Dit sluit ook naadloos aan op de oproep van de Staatssecretaris en mij in onze brief van 1 juli 2014[31] aan de professional en patiënt om het thema «Moet alles wat kan?» nadrukkelijker dan nu het geval is mee te laten wegen in de uiteindelijke behandelkeuze. In het gesprek tussen zorgverlener en cliënt moet dan expliciet aan de orde komen wat in de specifieke situatie van de cliënt een reële behoefte van hem is. Het is juist onderdeel van de professionele standaard om een dergelijk gesprek met de cliënt te voeren.

De leden van de CDA-fractie verzoeken de regering aan te geven waar precies het verschil zit tussen de begrippen verantwoorde zorg en goede zorg en vooral waarin de «verbetering» van het perspectief van de verwachting van de cliënt zit.

Het begrip «goede zorg» en het begrip «verantwoorde zorg» uit de Kwaliteitswet zorginstellingen zijn voor mij identieke begrippen. Beide begrippen worden nader ingevuld door de professionele standaard, waaronder de kwaliteitsstandaarden die in het register van het Zorginstituut vastgelegd worden. Er is voor gekozen het begrip goede zorg te hanteren omdat deze terminologie beter aansluit op de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO) die spreekt over de zorg van een goed hulpverlener. Aan de definitie van goede zorg zijn ten opzichte van de definitie van verantwoorde zorg ook veiligheid en bejegening als aspecten toegevoegd. Daarmee sluit de norm goede zorg duidelijker aan bij de ontwikkeling van de professionele standaard en kwaliteitsstandaarden en geeft beter aan wat de cliënt mag verwachten.

Wat betreft de rechten van een cliënt met betrekking tot de organisatie van de zorg, hebben de leden van de CDA-fractie de vraag of zij terecht uit de Memorie van antwoord concluderen dat zorgaanbieders weliswaar verplicht zijn de zorg zodanig te organiseren dat goede zorg het te verwachten resultaat is, maar dat het aan de IGZ is om daar toezicht op te houden en dat cliënten op dit punt zelf geen rechten hebben, respectievelijk dat het klachtrecht daarop niet van toepassing is. Graag krijgen zij een reactie van de regering hierop.

Als de vraag is of een klacht ingediend kan worden over de wijze waarop de zorgaanbieder de zorgverlening heeft ingericht, kan ik daarop het volgende antwoorden. Op grond van de Wkkgz kan de cliënt een klacht indienen over een gedraging jegens de cliënt in het kader van de zorgverlening. Dit moet breed worden uitgelegd. Indien de organisatie van de zorgaanbieder de reden is dat de cliënt niet tevreden is over de zorg die hij ontvangt, dan is het mogelijk dat de klacht ook de organisatie van de zorgverlening betreft. Ook merk ik op dat het individuele klachtrecht van de cliënt en het toezicht van de IGZ naast elkaar bestaan en elkaar dus niet uitsluiten.

De leden van de CDA-fractie merken op dat, ter voorbereiding op de beantwoording van de vragen van de leden van de Eerste Kamer, ambtenaren van het ministerie op werkbezoek zijn geweest bij diverse instellingen. Op pagina 6 van de Memorie van antwoord wordt gesteld dat de bezochte instellingen een termijn van vier à zes weken hanteren en wordt de suggestie gewekt dat er vanuit instellingen (in het algemeen) geen bezwaar is tegen deze termijn. De leden van de CDA-fractie vragen

---

[31] KamerstukkenII, 2013/2014, 29 689, nr. 535.

hoe de regering het verschil verklaart tussen de opvatting van de instellingen en de opvatting van de brancheorganisaties?
De leden van de D66-fractie vragen naar de representativiteit van de zorgorganisaties waarmee is gesproken over het wetsvoorstel Wkkgz. Dit in relatie tot de kritiek die blijkt uit diverse brieven van brancheorganisaties van zorgaanbieders.

Met het voorstel voor de Wkkgz beoogt de regering een beweging bij zorgaanbieders kracht bij te zetten naar meer openheid over en leren van incidenten en klachten. Dit ter verbetering van de kwaliteit van zorg. Tevens past dit voorstel van wet binnen de visie van de regering dat kwaliteit moet lonen. Vele zorgaanbieders werken al op de door de regering voorgestane manier[32]. Uiteraard gaven deze werkbezoeken nog geen representatief beeld en zijn er daarnaast ook vele zorgaanbieders die nog niet op de door de regering voorgestane werkwijze handelen. Dat is ook de reden dat de regering gekozen heeft voor een wettelijke regeling, om ook de achterblijvers in de goede richting te bewegen. De belangenorganisaties van zorgaanbieders hebben te maken met een achterban van zowel koplopers als achterblijvers op dit gebied. Het is te begrijpen dat in de lobby vanuit deze partijen vooral het geluid van de achterblijvers doorklinkt. Het is een logische reactie van achterblijvers dat er weerstand is tegen veranderingen die vanuit de overheid worden opgelegd. De werkbezoeken tonen echter aan dat de eisen die de Wkkgz stelt reëel zijn en aansluiten bij de praktijk waarin deze aspecten de gewenste aandacht krijgen.

De leden van de CDA-fractie vragen of de regering kan uiteenzetten of er op dit moment klachten zijn over de huidige termijnen en of zij nog eens precies kan aangeven wat de aanleiding is om de termijn te verkorten. Op grond waarvan is zij van mening dat het verkorten van de termijnen ten goede komt aan de kwaliteit van de beoordeling?

De huidige Wkcz bevat geen termijn voor de afhandeling van klachten. Uit, ook in de memorie van antwoord aangehaald onderzoek naar de huidige klachtenregeling komen bezwaren naar voren over de lange termijn van klachtafhandeling en de sterk op procedures ingerichte werkwijze van klachtencommissies. De regering is van mening, mede op basis van de onderzoeken en de geluiden van patiënten- en consumentenorganisaties, dat het voor de cliënt van belang is om de klachtbehandeling te versnellen en een afhandelingstermijn wettelijk vast te leggen. De regering is van mening dat het vastleggen van een wettelijke afhandelingstermijn niet ten koste hoeft te gaan van de kwaliteit van die afhandeling. Zoals ook toegelicht in de memorie van antwoord, kan wanneer een specifieke casus dat vereist, in die termijn worden volstaan met een voorlopig oordeel – in samenspraak met de cliënt – en bijvoorbeeld de gezamenlijke conclusie dat nog extra tijd voor bijvoorbeeld nader onderzoek nodig is. Met de Wkkgz wordt juist beoogd het gesprek tussen zorgaanbieder / verlener en cliënt te stimuleren en te komen tot afspraken, in plaats van te verzanden in procedures. In de praktijk blijkt dat zorgaanbieders, die als aanpak hebben om onvrede bij cliënten in een vroeg stadium op te lossen, geen enkel probleem hebben met de afhandelingstermijn voor klachten in de Wkkgz.

Inzake de aanvullende geneeskunde/complementaire gezondheidszorg vragen de leden van de CDA-fractie naar aanleiding van een opmerking van de Nederlandse Vereniging voor Acupunctuur of er geen kwaliteitseisen verbonden zouden moeten zijn alvorens zorgaanbieders opgenomen worden in het landelijke register van zorgaanbieders.

---

[32] 32 402, I, p. 6.

Artikel 2, derde lid, van het wetsvoorstel bevat een nieuw criterium dat de Inspectie voor de gezondheidszorg houvast moet bieden om de zorgverlening van alternatieve zorgaanbieders te beoordelen: namelijk een alternatieve zorgaanbieder mag alleen zorg verlenen die buiten noodzaak niet leidt tot schade of een aanmerkelijke kans op schade voor de gezondheid van de cliënt, waarbij de rechten van de cliënt zorgvuldig in acht worden genomen en de cliënt ook overigens met respect wordt behandeld. Deze afwijking op de hoofdregel van de wet (goede zorg) komt voort uit het feit dat dergelijke alternatieve zorg in het algemeen niet evidence-based is en geen professionele standaarden of kwaliteitsstandaarden kent. Artikel 2, derde lid, vormt een direct aangrijpingspunt voor de IGZ om in te grijpen bij excessen. Op grond van de Wkkgz worden geen kwaliteitseisen verbonden aan opname in het landelijk register van zorgaanbieders. Registratie is bedoeld om de vindbaarheid van de zorgaanbieder voor cliënten, zorgverzekeraars en toezichthouders te waarborgen. De kwaliteit in de zorg wordt onder andere bewaakt door de normering van de verschillende beroepsgroepen, klachten en meldingen van cliënten en het toezicht van de IGZ.

De leden van de CDA-fractie vragen of de regering bereid is de kwaliteit van zorgaanbieders in de complementaire gezondheidszorg met BIG-registratie beter te borgen in de voorliggende wet dan wel de mogelijkheden te verkennen om ook voor de complementaire en alternatieve gezondheidszorg tot een soortgelijke kwaliteitsborging te komen als voor BIG-beroepen.

Het wetsvoorstel biedt voor de zorgaanbieders in de reguliere en complementaire zorg de benodigde kaders om goede en veilige zorg te leveren. Ik juich het toe als brancheorganisaties van aanbieders van complementaire en alternatieve gezondheidszorg of beroepsverenigingen zich in dit kader inzetten voor veldnormen die de algemene norm «goede zorg» concrete invulling geven. Daarbij kunnen zij het vereiste van een BIG-registratie of andere opleidingsvereisten betrekken.
Voor de borging van kwaliteit van zorgaanbieders in de complementaire gezondheidszorg kan het Kwaliteitsinstituut het nodige bieden als deze zorgaanbieders in staat zijn om onderling op evidence gebaseerde kwaliteitsstandaarden af te spreken die voldoen aan de door het Kwaliteitsinstituut gestelde randvoorwaarden.

Kan de regering aangeven of de klachtenbehandeling van de GGD ook onder de Wkkgz valt?

Voor zover de GGD Wlz-zorg, Zvw-zorg of andere zorg als bedoeld in de Wkkgz verleent, is deze wet ook op de GGD van toepassing. Daarmee is ook de wettelijke regeling over klachtrecht en geschillenbehandeling van toepassing. Mogelijk is hierover misverstand ontstaan doordat het oorspronkelijke artikel 1, derde lid, van het wetsvoorstel, zoals dat werd ingediend, in de Wkkgz niet langer voorkomt. Dat lid beoogde, uitgaande van toepasselijkheid van de wet op de GGD, echter niet meer dan een aantal bepalingen (medezeggenschap, goed bestuur, jaarrekening en jaarverslag) buiten toepassing te laten. Nu die onderwerpen geen deel meer uitmaken van het wetsvoorstel, bestaat aan die uitzondering geen behoefte meer en geldt dus de gehele wet ook voor de GGD.

De leden van de CDA-fractie hebben verzocht om verslagen van de drie interne bijeenkomsten met experts op het ministerie.
Daarnaast hebben de leden van de fractie van D66 fractie gevraagd naar het onderzoek door de Letselschaderaad naar de GOMA-regeling. Zij vragen of dit onderzoek inmiddels afgerond is en of de regering dit onderzoek aan de Kamer ter beschikking wil stellen.

De verslagen[33] zijn als bijlage bij deze nadere memorie van antwoord gevoegd. Het betreft hier overigens verslagen van bijeenkomsten waarvoor de deelnemers op persoonlijke titel waren uitgenodigd. Vanuit hun bijzondere expertise hebben zij van gedachten gewisseld over hoe een goede geschillenregeling onder de Wkkgz er uit zou kunnen zien. Zij hebben dus uitdrukkelijk over de standpunten en eventuele bezwaren van de organisaties waarvoor zij werken, heen gekeken.
Bijgevoegd bij deze beantwoording treft u ook het onderzoek dat De Letselschaderaad heeft laten uitvoeren naar de GOMA en de wetenschappelijke analyse van mevrouw dr. R.P. Wijne.

Op welke manier komt het kwaliteitsaspect, dat in de af te schaffen verplichte klachtencommissies een belangrijke plaats innam, in de nieuwe regeling voor klachten en geschillen aan bod? Is de focus niet verschoven van kwaliteitsverbetering van de zorg naar genoegdoening voor de cliënt, al dan niet in de vorm van schadevergoeding? Hoe wenselijk is dat?

De kern van het wetsvoorstel Wkkgz is juist openheid over en leren van incidenten en klachten, met het oog op kwaliteitsverbetering. Daarnaast is de positieverbetering van de cliënt een doel. In het concept-Uitvoeringsbesluit is opgenomen dat het bestuur van de zorgaanbieder op de hoogte moet worden gesteld van de binnengekomen klachten en de afhandeling daarvan. Het op grond van de Wkkgz voorgeschreven kwaliteitssysteem, waaronder het veilig-incidentmelden-systeem, gaat uit van leren van incidenten en klachten.
Het wetsvoorstel ziet niet zozeer op genoegdoening of schadevergoeding die uitsluitend bezien wordt vanuit de belangen van de cliënt. Het gaat juist om een goed contact tussen zorgverlener en cliënt in een vroeg stadium en het er samen uitkomen. Daarbij kan het ook gaan om begrip van de cliënt nadat hij de gebeurtenissen vanuit de beleving van de zorgverlener heeft gehoord. Maar als na het doorlopen van de klachtenprocedure bij de zorgaanbieder in de rede ligt dat de cliënt recht heeft op schadevergoeding ofwel dat hij vindt dat zijn klacht anderszins niet serieus genomen is, is de regering van mening dat er niet te hoge drempels voor de cliënt moeten zijn. In de praktijk blijkt de gang naar de civiele rechter vaak een te hoge drempel voor cliënten te zijn, vandaar dat het wetsvoorstel Wkkgz een laagdrempelige geschillenregeling voorschrijft.

De leden van de SP-fractie constateren dat het begrip «geweld in de zorgrelatie» in de verschillende Kamerstukken op sterk uiteenlopende en soms zelfs tegenstrijdige wijze wordt toegelicht en verzoeken de regering het begrip opnieuw te definiëren en van een adequate toelichting te voorzien.
Ook de leden van de CDA-fractie vragen naar de onduidelijkheid met betrekking tot de definitie van «geweld in de zorgrelatie».

De tekst van de definitie «geweld in de zorgrelatie» die in de nota naar aanleiding van het nader verslag (NnavNV, 32 402, nr. 9) wordt aangehaald, is één op één ontleend aan de definitie in de eerste nota van wijziging (NvW, 32 402, nr. 7) en wat in de toelichting op deze NvW is opgemerkt, zij het zonder herhaling van de toevoeging dat de begrippen moeten worden geïnterpreteerd in de strafrechtelijke zin. Daarmee wordt echter uiteraard geen afstand genomen van wat in die gelijktijdig verzonden NvW over de toepasselijkheid van de strafrechtelijke interpretatie is gezegd. Dat blijft uiteraard gewoon van kracht. In de NvW is aan de zinsnede over de strafrechtelijke context nog toegevoegd dat door het

[33] De bijlagen zijn ter inzage gelegd op de afdeling Inhoudelijke ondersteuning onder griffie nr. 154168.06

gebruik van deze termen in de betekenis die zij strafrechtelijk hebben, is beoogd duidelijk te maken dat de meldplicht uitsluitend geldt voor gevallen waarin sprake is van de verdenking van deze strafbare handelingen. Met de woorden «verdenking van» in de toelichting op de NvW is, wellicht ten overvloede, beoogd duidelijk te maken dat de meldplicht bestaat wanneer iets gebeurt dat strafrechtelijk onder de gebruikte begrippen lijkt te vallen, maar dat het eindoordeel uiteraard aan de rechter is.
Er is gezien het bovenstaande geen reden om in een nieuwe toelichting te voorzien.

De leden van de SP-fractie vragen of de wet ruimte biedt voor een geschillenregeling, waarbij een geschilleninstantie werkt met gescheiden procedures voor (immateriële) klachten en schadeclaims en of dit tevens ter beoordeling aan de organisaties die de geschillencommissies oprichten, is.

De wet biedt zeker ruimte voor een geschilleninstantie die werkt met verschillende procedures. Wat de regering wil voorkomen, is dat de cliënt zich af moet vragen bij welk loket hij zijn klacht of claim moet indienen; bovendien kan een claim vaak samengaan met een klacht. Het is wenselijk dat de cliënt in alle gevallen bij hetzelfde loket binnen kan komen. Hoe de geschilleninstantie het proces vervolgens achter de schermen regelt, is aan hen, mits voldaan wordt aan de vereisten uit de Uitvoeringsregeling Wkkgz. Een klacht bestaat vaak uit meerdere onderdelen. Met een claim kunnen vaak ook klachten over de samenwerking, informatievoorziening en bejegening gepaard gaan. De regering acht het ongewenst om hiervoor bij overheidswege separate trajecten in te stellen. Voor zover er door betrokken partijen verschillende procedures gewenst worden, biedt de Uitvoeringsregeling Wkkgz deze ruimte.

De leden van de SP-fractie stellen vragen over de uitzondering die gold voor arbodiensten en UWV-en die zich bezighouden met claimbeoordeling in verband met verzuim, re-integratie van werknemers etc. om te beschikken over keuze-informatie, een klachtenregeling, een jaarverslag en de regels voor medezeggenschap en bestuur met dit wetvoorstel intact blijft.

Deze leden doelen daarmee op artikel 1, zevende lid, van het oorspronkelijk ingediende wetsvoorstel cliëntenrechten zorg. Dat artikelonderdeel regelde dat de wet op Arbodiensten en UWV-en van toepassing zou zijn, met uitzondering van de bepalingen van de hoofdstukken 4, 5 en 6 (klachten/geschillen, medezeggenschap en goed bestuur en overige bepalingen, zoals beschikbaarheid/inzichtelijkheid). Met artikel 1, vierde lid, van het gewijzigde wetsvoorstel is die uitzondering gehandhaafd, zij het dat deze in verband met het vervallen van delen van het wetsvoorstel tot hoofdstuk 3 (de klachten-/geschillenregeling) kon worden beperkt.

In de artikelen 27 tot en met 30 van het wetsvoorstel staan ter controle op de naleving van verschillende bepalingen van dit wetsvoorstel diverse aanwijzingen en sancties. Het valt de leden van de fractie van D66 op dat anders dan in diverse andere zorgwetten niet de Nederlandse Zorgautoriteit maar de Minister de controlerende autoriteit is en de bevoegdheid heeft tot het geven van aanwijzingen en het opleggen van sancties. De leden van de fractie van D66 vragen wat de regering heeft doen besluiten deze bevoegdheden bij de Minister te beleggen en niet bij de Nederlandse Zorgautoriteit? Loopt de Minister in voorkomend geval hierdoor niet het risico van belangenverstrengeling?

De Wkkgz is een samenvoeging en een aanscherping van de Kwaliteitswet zorginstellingen en de Wet klachtrecht cliënten zorgsector. De IGZ is ook nu al de toezichthouder op deze beide wetten en ook de bevoegdheid tot het geven van aanwijzingen en het opleggen van sancties blijft onveranderd bij de Minister. De regering ziet geen noodzaak om dit te wijzigen, zeker ook omdat de NZa geen expertise heeft op het gebied van kwaliteitstoezicht en toezicht op de wet klachtrecht cliënten zorgsector.

Ingevolge artikel 31 van het wetsvoorstel zullen binnen vijf naar na inwerkingtreding de doeltreffendheid en de effecten van deze wet worden geëvalueerd. Een dergelijke evaluatie is alleen dan van betekenis wanneer de uitgangspunten voor het onderzoek in een zogenaamde nulmeting vastliggen. De leden van de fractie van D66 vragen of de regering het voornemen heeft om deze nulmeting op korte termijn te laten uitvoeren en welke uitgangspunten zij voornemens is daarbij in acht te nemen?

De regering deelt het standpunt van de leden van de D66-fractie met betrekking tot de nulmeting. Zoals ook eerder in deze beantwoording aangegeven, zal direct na inwerkingtreding van deze wet een nulmeting worden uitgevoerd.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Mw. E.I. Schippers